



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis monográfica para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Informe Final

Comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.

Autores

Br. Denisse Coralia Ramirez Fuentes
Br. Gwendoly Bethel García Ceaz
Br. Alba Nelly Balmaceda López

Tutor

Dr. José Francisco Reyes Ramírez. Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-Managua

Jinotepe, diciembre 2022.

Índice de Contenido

Opinión del tutor	
Resumen	
Capítulo I	Generalidades 2
1.1 Introducción	2
1.2 Antecedentes	4
1.2.1 Internacionales	4
1.2.2 Nacionales	5
1.3 Justificación	8
1.4 Planteamiento del problema	9
1.5 Objetivos	11
1.5.1 General	11
1.5.2 Específicos	11
1.6 Marco teórico	12
1.6.1 Adolescencia	12
1.6.2 Embarazo adolescente	13
1.6.3 Comportamiento del embarazo adolescente	14
1.6.4 Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente	15
1.6.5 Factores socioculturales	17
1.6.6 Riesgos durante el embarazo adolescente	18
1.6.7 Consecuencias del embarazo adolescente	18
1.6.8 Principios que deben guiar la atención integral del embarazo en la adolescencia ...	20
1.6.9 Recomendaciones de OMS sobre Atención Prenatal	21
1.6.10 Clasificación del Riesgo en embarazo adolescente	23
Capítulo II	Diseño metodológico 25
2.1 Tipo de Estudio	25
2.2 Universo	25
2.3 Caracterización de la unidad de observación	25
2.4 Muestra/Criterios de inclusión y exclusión	25
2.5 Técnicas y procedimientos	28
2.6 Plan de tabulación	29
2.7 Plan de análisis	29
2.8 Enunciado de variables	30

2.9	Operacionalización de Variables	31
2.10	Aspectos Éticos	34
Capítulo IIIDesarrollo.....	34
3.1	Resultados.....	34
3.2	Análisis y discusión de los resultados	39
3.3	Conclusiones.....	47
3.4	Recomendaciones	48
Capítulo IV Bibliografía.....	50
Capítulo V Anexos.....	53
5.1	Ficha de recolección de datos	53
5.2	Tablas.....	56
5.3	Figuras	62

Dedicatoria

A Dios padre todo poderosos por su infinito amor y misericordia, quien nos permitió llegar hasta esta etapa de nuestras vidas dándonos el conocimiento y la sabiduría para afrontar cada reto.

A nuestros padres por depositar toda su confianza y siempre creer en nosotros; siendo uno de los pilares fundamentales en nuestra vida, enseñándonos que bajo la dirección de Dios todo es posible.

A nuestros docentes por instruirnos en esta noble labor, inculcándonos el amor a la carrera, empatía hacia nuestros pacientes y sobre todo dedicación a nuestra labor.

Agradecimiento

A Dios quien es el principio y fin de la sabiduría, quien tiene un plan perfecto para cada uno de nosotros; el cual ya se encuentra en marcha; sin quien no lograríamos afrontar cada adversidad que se presente en este camino llamado vida.

Agradecimientos especiales:

A mi padre Ernesto José Ramírez Martínez que en paz descansa quien siempre me brindo su amor y apoyo incondicional, gracias por depositar tu confianza en mí.

*Denisse
Gwendoly
Alba Nelly*

Opinión del tutor

El presente estudio sobre el “Comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020”, realizado por las bachilleres Denisse Coralia Ramirez Fuentes, Gwendoly Bethel García Ceaz y Alba Nelly Balmaceda López, representa un tema de mucha importancia en la actualidad, debido al impacto socioeconómico, familiar y social que provoca este fenómeno en los países de bajo y medianos ingresos, así como los efectos en las tasas de mortalidad materna e infantil y, a potenciar el círculo de enfermedad y pobreza en una gran mayoría de la población mundial.

Nicaragua sigue ocupando el segundo lugar de tasas de embarazos adolescentes a nivel de las Américas. Sus complicaciones son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Estos datos impulsarán cambios de actitud y comportamiento de las adolescentes con un enfoque integral.

Los resultados alcanzados han sido posibles por la responsabilidad e iniciativa demostrada por las bachilleres Denisse Coralia Ramirez Fuentes, Gwendoly Bethel García Ceaz y Alba Nelly Balmaceda López, durante todo el proceso de la investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología rigida en todo momento por un alto nivel científico.

Felicito a las bachilleres Ramirez Fuentes, García Ceaz y Balmaceda López, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo investigativo.



Dr. José Francisco Reyes Ramírez
MÉDICO Y CIRUJANO
ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA
CÓD. MINSA 9526

Dr. José Francisco Reyes Ramírez
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua

Resumen

Objetivo: El presente estudio fue realizado para determinar el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, durante el primer semestre de 2020.

Diseño Metodológico: Estudio con un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 136 adolescentes embarazadas.

Resultados: El 60.3 % tenían de 17 a 19 años, escolaridad secundaria en el 51.5%. La mayoría tenían unión de hecho estable con el 63.2%, católicas en un 50.0% de la muestra y procedencia rural del 58.1%. Un 64.0% iniciaron relaciones sexuales entre los 14 a 16 años, con una pareja sexual (68.4%). El 61.0% indicó antecedentes de ITS, un 68.4% no utilizaban ningún método anticonceptivo. El 64.0% eran primigestas, siendo captadas en APN antes de las 12 semanas de gestación, teniendo en un 39.0% de 3 a 4 controles prenatales. El 60.3% de las adolescentes no tuvieron el deseo de ser madres. Un 41.9% presentaron complicaciones durante el embarazo, siendo en mayor frecuencia las infecciones de vías urinarias (45.6%). El 65.4% del embarazo de las adolescentes la vía de finalización del embarazo fue vaginal.

Palabras Clave (*embarazo adolescente – control prenatal*).

Capítulo I Generalidades

1.1 Introducción

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas. Alrededor del 20 a 25% de todos los nacimientos de mujeres adolescentes en los Estados Unidos corresponden a un segundo o tercer nacimiento, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas entre 15 y 19 años, sólo superadas por las de África subsahariana. (UNICEF, 2015)

El 95% de los embarazos adolescentes ocurren en países pobres, los niños nacidos de un embarazo adolescente en edades de 15 a 19 años, se asocian a un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida. El embarazo adolescente se asocia a mayores riesgos de atención prenatal tardío e inadecuado y a peores resultados en el parto y puerperio cuando se comparan con mujeres adultas, con una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, y el aumento del riesgo de complicaciones a largo plazo. (Secretaría de Educación Pública, 2012) Nicaragua es el país con mayor cantidad de embarazo en adolescentes en Latinoamérica con 109/1000 embarazos (UNICEF, 2015)

El municipio de Boaco presenta una población total de 183,736 habitantes para el año 2019, distribuyéndose en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años el 9.2% de la población, se presentaron 3,650 nacimientos, de los cuales el 21.6% se presentaron en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, un 48.7% dieron a luz por primera vez, y el 27.2% presentaron el nacimiento de un segundo hijo (INIDE, 2018).

En el período 2000-2009 el país se presentaron 1141 muertes maternas, el 87.3% fueron vinculadas al embarazo, parto y puerperio; 53,0% ocurrieron a nivel institucional, 40% en el

domicilio. Un 17.5% de las muertes obstétricas se presentaron en adolescentes entre 15 a 19 años (MINSA/OPS, 2010).

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. El hijo (a) de la madre adolescente tiene mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor incidencia de muerte súbita, malformaciones, mortalidad perinatal. (CODENI, 2017)

Es de vital importancia el desarrollo de estudios para poder incidir en las tasas de morbi-mortalidad asociada al embarazo adolescente y de esta manera lograr un mejoramiento constante en cuanto a coberturas, abordaje temprano a sus complicaciones y un seguimiento estrecho en todo el desarrollo del embarazo con un control subsecuente con manejo multidisciplinario, manteniendo una información continua hacia la futura madre, la familia y la propia comunidad.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

Los embarazos adolescentes han aumentado conforme el paso de los años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente a nivel mundial nacen 16 millones de niños (as) producto de madres adolescentes sobre todo concentradas entre las edades de 15 a 19 años (SOGIBA, 2019).

A pesar de las intervenciones a lo largo de los años, Latinoamérica constituye después de África Subsahariana el continente con el mayor número de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años al año aproximadamente 2 millones de casos (Dannemann, 2019).

Existe una gran cantidad adolescentes entre las edades de 15 a 19 años de edad que dan a luz cada año o bien sufren complicaciones como abortos, en el 2008 se estimaron tres millones de abortos inseguros, otra complicación es la muerte materna sobre todo en países de medianos y bajos ingresos, la cual significa una gran pérdida ya que en Latinoamérica y el caribe la población adolescente tiene un porcentaje significativo de aproximadamente 30% de toda la población (Flores Valencia, Nava Chapa, & Arenas Monreal, 2017).

Durante el año 2017 Nicaragua ha sido el país con más casos de embarazos adolescentes a nivel latinoamericano, sobre todo en los departamentos de Jinotega, costa caribe norte, costa caribe sur y León. El 26% de todos los nacimientos en el país ocurren de madres entre 15 y 19 años de edad, siendo estas las edades de mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo que puede llevarlas a la muerte no solo maternas también neonatales por distintas complicaciones como son mayor número de recién nacidos con bajo peso al nacer, desnutrición, malformaciones congénitas, y enfermedades debido a la falta de experiencia de las adolescentes en la crianza de los bebés; hay

que agregar el impacto negativo en el ámbito económico y social, ya que hay mayor probabilidad de abandono de la escuela, mayor tasa de desempleo, por otro lado hay un mayor número de casos de madres solteras o caso contrario matrimonios de adolescentes por influencia y presión de la familia, contribuye un menor intervalo de tiempo entre cada nacimiento y aumento del número de la población cada año (CODENI, 2017).

Quesada y colaboradores (2014); desarrollaron un tema investigativo bajo el título: “*Caracterización Social del Embarazo en la adolescencia*”, utilizando una metodología descriptiva de corte transversal, a través de la realización de encuestas a una muestra de 61 adolescentes embarazadas, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: las embarazadas de edades comprendidas entre 15 y 18 años para un 67,31%, el 88,4% de las adolescentes determinaron que no tenían cubiertas todas sus necesidades básicas y que un 86,5% de las participantes, tuvieron su menarquia durante el rango de 10 a 14 años de edad, el 100% manifestó que esta nueva etapa implicó mayores exigencias económicas, el 82,69% refirió verse privadas de las actividades propias de su edad y el 55,7% tuvo que formalizar su relación de pareja sin estar preparadas para ello; se logró concluir que las embarazadas en su mayoría no tienen cubiertas sus necesidades básicas, y que entre las situaciones sociales que más afectaron a las participantes se encuentra una mayor exigencia económica y la privación de las actividades propias de su edad (Quesada, Romero, Prieto, & Rodríguez, 2014).

1.2.2 Nacionales

Bolívar y Duarte (2019) desarrollaron una investigación con el tema: “*Embarazo no planificado en adolescentes de 12-19 años del Barrio Sutiava que asisten al Centro de Salud Félix Pedro Picado, León, primer semestre, 2017*” que se desarrolló mediante la metodología de enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal, mediante la realización de una encuesta, con lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: El 70% de las embarazadas tenían de 17 a 19 años,

72% procedían del área urbana, la edad promedio de menarquia fue de 12 años, para el inicio de vida sexual activa la edad promedio fue de 15 años, el 38% vivían con sus padres aun, donde 62% tenían problemas familiares, con un nivel de comunicación nulo para un 54% de las encuestadas, un 96% refiere tener conocimientos y saber cómo adquirir los métodos anticonceptivos y un 56% refirió haber adquirido conocimiento adecuado sobre cómo prevenir un embarazo a temprana edad. (Bolívar & Duarte, 2019).

Cáliz y Castillo (2018) realizaron una investigación con el tema: *“Factores Asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna-Masaya, enero a diciembre 2017”* realizándose un estudio descriptivo de corte transversal mediante la realización de una encuesta a las adolescentes embarazadas atendidas en el valle de la laguna, donde los principales resultados obtenidos fueron: la mayoría presentó edades de 17 a 19 años con un 74%, con escolaridad primaria (69%), acompañada con un 73%, el 99% provenían de la zona rural, respecto a la ocupación, la mayoría fueron ama de casa con un 63%, eran de la religión católica con un 86%, iniciaron vida sexual activa entre las edades de 14 a 16 años con un 81%, 67% refirieron que su primera menstruación había sido entre las edades de 10 a 12 años, un 93% tuvieron 1 compañero, la gran mayoría eran primigestas en un 78% un 65% poseía un buen nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. (Caliz & Castillo, 2018).

En 2016, Urbina Reyes y Vargas Ramos realizaron el estudio titulado “Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015”. la metodología realizada fue a través de un proceso de revisión documental en los expedientes clínicos del Hospital Primario de Nueva Guinea, en adolescentes embarazadas complicadas donde se obtuvieron los principales resultados: Predominaron las embarazadas de 17-19 años con el 67%, seguido por las que se encontraban entre 14-16 años con un 26% y por último con un 7% las que se encuentran

entre las edades de 10-13 años. Las complicaciones más frecuentes fueron la hipertensión gestacional (25%) principalmente, seguido de aborto (17%), amenazas de parto pre término (16%), RPM (10%) pre-eclampsia (10%) y las infecciones de vías urinarias sintomáticas (8%), Respecto a las complicaciones durante el parto la hemorragia postparto (5%) estuvo en primer lugar, seguido de desgarros perineales (3.7%) y parto obstruido (Urbina Reyes & Vargas Ramos, 2016).

1.3 Justificación

Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida (OMS, 2018)

El embarazo adolescente es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. La investigación permitirá identificar el comportamiento del embarazo adolescente en el municipio de Boaco, Departamento de Boaco, con el objetivo de promover cambios en el comportamiento e impulsar una mejor calidad en la atención de las adolescentes embarazadas.

La finalidad de este estudio es conocer el comportamiento clínico de los embarazos en adolescentes del municipio de Boaco, identificando sus características obstétricas y factores asociados con la maternidad adolescente y tomar como punto de partida para realizar estrategias para la prevención y reducción de ellas.

Brindará información actualizada acerca de la dinámica del comportamiento sexual de los adolescentes del municipio de Boaco, logrando aportes científicos importantes, con nuevos enfoques en la calidad de atención, con estrategias educativas de intervención, impulsando un mejor abordaje multidisciplinario dentro de los programas de salud del MINSA.

un estrecho seguimiento de las adolescentes, logrará un proceso de mejoramiento en el comportamiento sexual de las jóvenes e impulsará un proceso de capacitación del equipo de salud, permitiendo ampliar y profundizar los conocimientos, los recursos técnicos disponibles, mejorando la calidad de atención de forma integral, contribuyendo al fortalecimiento y modernización del sistema nacional de salud de Nicaragua.

1.4 Planteamiento del problema

Aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año, y cerca de 1 millón de niñas menores de 15 años se someten al proceso de dar a luz sin tener las condiciones socioeconómicas y psicológicas para dicho momento. Los datos indican que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en todo el mundo, además que cada año, unas 3 millones de muchachas se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años, contribuyendo así a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (OPS, 2018) (OPS, 2020)

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países pobres, los bebés de madres adolescentes, se enfrentan a un riesgo a un 50.0% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que en relación a los bebés productos de mujeres de 20 a 29 años. Este dato indica que cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, que provoca el aumento de mayor riesgo de complicaciones a largo plazo.

El componente del nivel educativo en la población adolescente, es de los factores más importantes asociado al embarazo adolescente. Nicaragua, presenta datos dónde la edad promedio en que los adolescentes inician su vida sexual activa es entre los 15 a 16 años de edad y la mayoría no ha recibido información exacta acerca de la salud sexual y reproductiva. Esta falta de información puede hacerles correr riesgos de embarazos no planificados y de infecciones del tracto reproductor así como VIH/SIDA. (OPS, 2018) (OPS, 2020)

A nivel nacional, el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 24.4% en 2011/12, siendo más alto en las zonas rurales (28.9%) en comparación a las urbanas (21.1%). (FUNIDES,

2016) (INIDE, 2014)

Se ha venido desarrollando normativas y programas, para mejorar la calidad de vida de los adolescentes de una forma integral y responsable. Estas herramientas tienen una de sus principales fortalezas en su implementación a nivel de la atención primaria, sin embargo en el municipio de Boaco, el embarazo adolescente representa un problema de salud pública por lo que se plantea la siguiente pregunta principal de investigación:

¿Cuál es el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN) del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre de 2020?

A continuación se presentan las siguientes preguntas de sistematización:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes evaluadas?
3. ¿Cuáles son las características del embarazo actual en las adolescentes atendidas?
4. ¿Cuál es la vía de finalización del embarazo en la población en estudio?

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Determinar el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN) del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre de 2020.

1.5.2 Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.
2. Identificar antecedentes Ginecoobstétricos de las adolescentes evaluadas.
3. Describir las características clínicas del embarazo actual en adolescentes atendidas.
4. Señalar la vía de finalización del embarazo en la población en estudio.

1.6 Marco teórico

1.6.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define adolescencia como el período entre 10 – 19 años de edad, que se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos, a los cuales los jóvenes deben ajustarse dentro de un ambiente sociocultural cambiante. (OMS, 2018)

Es durante esta etapa que el individuo logra establecer un concepto de quien es y lo que quiere ser, de sus metas, prioridades; un periodo de transición entre la niñez con el inicio de la adultez; un periodo de evolución que inicia con la aparición de los caracteres sexuales (etapas de Tanner) hasta alcanzar la madurez sexual.

Clasificación de adolescencia

La adolescencia puede clasificarse de la siguiente manera:

Adolescencia temprana:

De 10 a 13 años, se caracteriza por un desarrollo físico y crecimiento rápido, comienza a surgir el intento de independencia, en esta etapa el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo.

Adolescencia mediana:

De los 14 a 16 años, se distingue por la capacidad para el pensamiento formal preocupación acerca de la exploración sexual explorando la atracción por el sexo opuesto, con mayor separación de los padres. Esta edad es el inicio para las experiencias y actividad sexual.

Adolescencia tardía:

De los 17 a 19 años, se define el género y se tiene una posición más amplia en la toma de decisiones: inicia el pensamiento crítico hacia su persona y la sociedad.

1.6.2 Embarazo adolescente

El embarazo a cualquier edad es un evento bio – psico – social sumamente importante. Impacta negativamente en la adolescencia por varias razones entre las que se pueden mencionar el hecho de no estar preparadas ni biológica, ni psicológica, ni socialmente para la maternidad. (MINSA, 2004)

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia. Recién después de cinco años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros cinco años de post - menarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan. (Mendoza, 2006)

Unas 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años. (NIH, 2020)

En el año 2018 la Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), desarrolló los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), para el desarrollo de América Latina y el Caribe, en donde en el objetivo N° 3 se establece Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, donde quedó establecido como compromiso de todos los países para el año 2030 el hecho de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (CEPAL/ONU, 2018).

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo pero en la mayoría no es así; siendo este producto del ambiente socioeconómico en el que se desarrolle la adolescente. Las circunstancias económicas familiares, carencia de amor por parte de sus progenitores, limitada información sobre sexualidad, formación académica restringida o nula, poco conocimiento sobre

el uso de anticonceptivos; son algunos de los factores que propician el hecho de que una adolescente quede embarazada.

La percepción que predomina entre adolescente y jóvenes es que los padres no aconsejan a sus hijas e hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo, no hay una comunicación entre madres e hijas, lo cual hace que las madres piensan que las muchachas están en “maldades por eso se embarazan a temprana edad”. Esto es compatible con el desconocimiento que tienen muchos padres y madres de familia en los temas de SSR. La medicina tradicional tiene un rol importante en la SSR en comunidades afro descendientes. En comunidades indígenas las embarazadas han sido atendidas por parteras (MINSa, 2016).

1.6.3 Comportamiento del embarazo adolescente

Las adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo tan temprano y las exigencias emocionales en un momento de maduración como la infancia y la pre adolescencia, además por las situaciones de abuso, que son frecuentes en los embarazos en esta edad (MINSa, 2016).

Las mujeres latinoamericanas que son madres adolescentes tienen entre 1,8 y 2,8 años menos de educación y son 14 veces más propensas a abandonar el sistema educativo²⁰. El embarazo de adolescentes en ALC está asociado con una serie de desventajas, incluyendo bajos logros en la educación (Alcázar y Lovatón 2006). La CEPAL y el Banco Mundial estiman que son necesarios 12 años de escolaridad para que las personas avancen en sus procesos de desarrollo humano²¹. Cada año en la escuela reduce la probabilidad de la fertilidad en un 5-10% (MINSa, 2016).

Aquellas adolescentes en condiciones de pobreza, deben ser atendidas en forma diferenciada, ya que además de las demandas particulares de su estado, la adolescente deberá enfrentar una inadecuada alimentación, condiciones de vivienda inapropiadas, presiones familiares por la “carga” que implica un nuevo miembro que viene a desestabilizar la escasa economía familiar y la dificultad para el acceso a los servicios de salud por su condición de no asegurada (MINSA, 2016).

La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación, también enfrentan riesgo de vivir el embarazo como una experiencia dolorosa y traumática. Las adolescentes que no cuentan con apoyo familiar, enfrentan el rechazo y, en ocasiones, el abandono que las coloca en mayor riesgo tanto a ellas como a su bebé. A su vez, la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y auto rechazo que la pueden llevar al aislamiento (MINSA, 2016).

El acceso a los servicios de salud en forma oportuna, ágil y adecuada a las necesidades de esta población, disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas a la salud materna y perinatal (MINSA, 2016). En general, el modelo tradicional de ser un buen padre se traduce en el rol de proveedor económico y disciplinario. Estas dimensiones forman barreras para tener una relación con los hijos basada en respeto y afecto. Una adolescente embarazada o madre que presenta algún tipo de enfermedad crónica o discapacidad estará más expuesta a riesgos en su desarrollo integral y, además, tendrá necesidades que exceden los recursos y capacidades, tanto propias como de su familia.

1.6.4 Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente

Como se mencionó anteriormente, a nivel mundial los países con bajo y medianos ingresos son los que reportan mayor número de casos de embarazos en adolescentes. La pobreza, la

insatisfacción de las necesidades básicas en la familia y el jugar un rol de madre ante los hermanos menores, son eventos que propician el inicio de una vida sexual a temprana edad, ya sea por intentar mejorar su situación económica o por repetir el rol de madre el cual desempeño durante su infancia (Blázquez Morales, 2012).

La familia siempre ha sido el pilar fundamental de la sociedad, es en ella donde se forma los principios y valores éticos de cada individuo, es un refugio en el que se encuentra amor y protección; donde se proporcionan recursos básicos para la subsistencia y el cuidado en el hogar, apoyo en el desarrollo físico, social y emocional. Es por ello que la desintegración de la familia conlleva a afectación en el desarrollo del adolescente. Cuando la familia se encuentra dividida sea por el trabajo o por la separación (divorcio) de los padres, se deja expuesto al adolescente a la toma de decisiones erradas; ya que este intenta suplir su carencia de amor y protección familiar con un individuo que le genere esta sensación. Cuando la familia está tensa y en conflicto, en crisis con una persona alcohólica o que utiliza droga, con pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, madre aislada y emocionalmente poco accesible y padre ausente; propician a que la mayoría de las adolescentes comienza su vida sexual a ,muy corta edad (Blázquez Morales, 2012).

La edad de la adolescente influye en el proceso de aceptación de un embarazo y sobre todo si es no deseado, ya que serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal de salud sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada (Blázquez Morales, 2012)

El nivel de madurez asumido por las adolescentes condiciona su respuesta ante el estado de embarazo, se ha indicado que las adolescentes de 15 a 17 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar, se ha establecido que el soporte familiar con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores (Blázquez Morales, 2012).

1.6.5 Factores socioculturales

La escolaridad está fuertemente vinculada con un embarazo precoz. Entre mayor sea el grado educativo de una mujer menos será la probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia. Sea por poseer mayor conocimiento de salud sexual o reproductiva, por el uso de métodos anticonceptivos de forma responsable, o por tener mayor aspiración a superarse en el área intelectual; es que mujeres con un grado académico superior ponen en un segundo plano el ser madres. En familias con entradas económicas bajas los hijos al llegar a la adolescencia se ven forzados a buscar un empleo para apoyar económicamente a sus familias, en la mayoría de los casos tienen que suspender sus estudios académicos y en muchos de los casos buscando compañeros de vida que las apoyen económicamente (Blázquez Morales, 2012).

Forman familias precozmente que modifican el núcleo familiar, con la consecuente pérdida de la estabilidad. Al poseer un nivel educativo bajo es desvalorizado el trabajo que realizan por lo que son remunerados con salarios bajos en comparación con el trabajo realizado, es por ello que existe un sentimiento de desvalorización en el individuo. Perpetuándose de esta manera el ciclo de la pobreza (Blázquez Morales, 2012).

1.6.6 Riesgos durante el embarazo adolescente

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras (Blázquez Morales, 2012)

En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más (Blázquez Morales, 2012)

Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. Algunos organismos internacionales como la UNICEF, señala que entre el 20 y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% han tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente (Blázquez Morales, 2012).

1.6.7 Consecuencias del embarazo adolescente

Consecuencias biológicas

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se

realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras.

Aparte de las consecuencias biológicas existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescente, como por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos. La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse (Blázquez Morales, 2012).

Consecuencias Sociales

En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida. Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas (Blázquez Morales, 2012).

Consecuencias para la salud

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (OMS, 2020).

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS, 2020).

Consecuencias económicas y sociales

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (OMS, 2020).

1.6.8 Principios que deben guiar la atención integral del embarazo en la adolescencia

1. Una atención integral del embarazo, promoviendo el desarrollo integral de las personas involucradas.
2. Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como personas en su integridad necesitan oportunidades para seguir desarrollando sus capacidades.

3. Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como sujetos con derechos y responsabilidades.
4. Las y los adolescentes tienen derecho a ser tratadas(os) con respeto y sin prejuicios, en una atmósfera de privacidad y confidencialidad.
5. Se debe promover y respetar la participación activa y protagónica de las adolescentes embarazadas y de los padres adolescentes en las diversas etapas de su atención.
6. Se deben superar posiciones adulto centristas, en las cuales se le niegan a las adolescentes su capacidad de opinar y de tomar decisiones sobre su propia vida y establecer una relación de dependencia como norma a seguir.
7. La atención debe contribuir a superar las condiciones desventajosas de adolescentes embarazadas al abogar por mejores condiciones de vida que permitan romper el ciclo del empobrecimiento de este sector poblacional.
8. La atención debe estar centrada en los procesos y necesidades de esta población en sus diferentes momentos, desde el embarazo hasta el inicio de la maternidad y la paternidad y de sus obligaciones, ofreciendo oportunidades factibles para el desarrollo de ellos y ellas y de sus bebés.
9. Se debe garantizar la continuidad en la atención, la cual deberá centrarse en los momentos de necesidades particulares de esta población y no en las necesidades y procesos institucionales.
10. Se debe dar una atención oportuna, humanizada y solidaria a las adolescentes embarazadas, sus hijos(as), a su pareja.

1.6.9 Recomendaciones de OMS sobre Atención Prenatal

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que el personal de salud brinde apoyo e información a las embarazadas. Esto incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y prevención de enfermedades, asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres, que puedan estar sufriendo violencia intrafamiliar (OMS, 2016).

“Para que las mujeres utilicen los servicios de atención prenatal y regresen cuando vayan a dar a luz, deben recibir una atención de buena calidad durante todo el embarazo” señaló el Dr. Ian Askew, Director del Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas de la OMS. “El embarazo debe ser una experiencia positiva para todas las mujeres, y estas deben recibir una atención que respete su dignidad” (OMS, 2016).

Con el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas (OMS, 2016).

Con el nuevo modelo se incrementan las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, se mejora la comunicación entre el personal de salud y las embarazadas, y se aumenta la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo. En este modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación (OMS, 2016).

La mayor frecuencia de contactos entre las embarazadas y el personal de salud facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reduciendo las complicaciones y abordará de manera más objetiva las desigualdades en materia de salud. La atención prenatal resulta fundamental para las madres primerizas, pues determinará su comportamiento en cada uno de sus embarazos en el futuro, así como a todos los miembros de su familiar y comunidad. (OMS, 2016).

1.6.10 Clasificación del Riesgo en embarazo adolescente

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de Riesgo. De acuerdo a la normativa actualizada de

1. Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado “**BAJO RIESGO**” (Cuidados Básicos).

2. Y aquéllas que necesitan Cuidados Especiales “**ALTO RIESGO**” determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

Criterios de Clasificación de Riesgo en la Atención Prenatal (MINSA, 2016)

1. Antecedentes obstétricos

- a) Muerte fetal o muerte neonatal previas
- b) Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos
- c) Peso al nacer del último bebé menor de 2500 gramos
- d) Peso al nacer del último bebé mayor a 4500 gramos
- e) Ingreso anterior por preeclampsia o hipertensión arterial
- f) Cirugías previas del aparato reproductor femenino

2. Embarazo actual

- a) Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple
- b) Menos de 20 años de edad
- c) Más de 35 años de edad
- d) Isoinmunización Rh negativa en el embarazo actual o anteriores
- e) Sangrado vaginal
- f) Masa pélvica
- g) Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos

3. Historia clínica general

- a) Diabetes mellitus tipo I
- b) Nefropatías
- c) Cardiopatías
- d) Consumo de drogas
- e) Otras afectaciones médicas

Capítulo II Diseño metodológico

2.1 Tipo de Estudio

De acuerdo al enfoque de estudio: Cuantitativo

De acuerdo al análisis y alcances de los resultados: Descriptivo

De acuerdo a la ocurrencia de los hechos: Retrospectivo

De acuerdo al período y secuencia de investigación: Transversal

(OPS/OMS, 2002). (Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012)

2.2 Universo

El universo del estudio estuvo conformado por **209 adolescentes embarazadas** de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN), del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, provenientes de los diferentes sectores atendidos por la unidad de salud, durante el primer semestre de 2020.

2.3 Caracterización de la unidad de observación

La unidad de observación estuvo conformada por las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN) en el Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, durante el primer semestre de 2020.

2.4 Muestra/Criterios de inclusión y exclusión

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula (Aguilar-Barojas, 2005)

Dónde:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valoró un valor del 5% (0.05).

Adolescentes Embarazadas de 15 a 19 años atendidas = 209

Dónde:

$$n = \frac{(209) (0.5)^2 (1.96)^2}{(209-1) (0.05)^2 + [(0.5)^2 \times (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{209 \times 0.25 \times 3.8416}{(208 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}$$

$$n = \frac{200.7236}{0.5200 + 0.9604}$$

$$n = \frac{200.7236}{1.4804}$$

Tamaño de la muestra (n) = 136 adolescentes embarazadas.

La muestra estuvo conformada por 136 adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN), del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, provenientes de los diferentes sectores atendidos por la unidad de salud, durante el primer semestre de 2020, y establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, mediante el método de lotería.

Para este fin se realizó un listado conforme a los números de expedientes clínicos de las adolescentes atendidas durante el primer semestre de 2020. A continuación se recortaron en pequeños pedazos de papel dichos números, los cuales fueron introducidos en un recipiente y luego fueron extraídos y seleccionados, de manera aleatoria cada 2 pacientes según la lista, logrando que todas las pacientes del programa tuvieran la misma oportunidad de participar en el estudio. Se fueron sumando hasta completar el número total del tamaño de la muestra.

Se solicitó a las adolescentes atendidas el consentimiento informado previo a la realización del cuestionario. Sucesivamente se realizó la aplicación de la encuesta, a las adolescentes seleccionadas atendidas durante el primer semestre de 2020.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes embarazadas atendidas en el programa de atención prenatal
2. Procedencia de sectores atendidos por el Centro de Salud Ramón Guillén
3. Expedientes clínicos con información completa

Criterios de Exclusión:

1. Expedientes clínicos con información incompleta.

2.5 Técnicas y procedimientos

Para realizar el estudio, se solicitó el permiso por parte de las autoridades del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, a los cuales se les informó y explicó el tema de investigación, indicando los objetivos del mismo, así mismo se realizaron visitas para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.

Se realizó reuniones de coordinación con el equipo de investigación, desarrollando un proceso de *revisión y selección de información actualizada* a nivel internacional y nacional, acerca del tema de investigación, y de acuerdo a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua. Además a partir de la revisión de la literatura se elaboró el instrumento de recolección de la información, el cual fue utilizado para la realización del llenado del instrumento de recolección de la información con respecto a las adolescentes embarazadas en estudio.

La información fue obtenida mediante una revisión documental, a través de la revisión de expedientes clínicos (fuente secundaria) de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, con antecedentes de haber sido atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN), durante el primer semestre de 2020.

Se les informó a las autoridades, que los datos proporcionados serían utilizados únicamente para fines académicos y que en todo momento se mantendría su privacidad.

El instrumento de recolección de la información fue un modelo de cuestionario, elaborado a partir de información recopilada y revisada en investigaciones previas sobre el mismo tema de investigación del presente estudio, el cual fue coordinado con el tutor de la investigación y los autores respectivamente.

La base del cuestionario se elaboró acorde al documento La base del cuestionario se elaborará acorde al documento de del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia bajo el título:

“Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe” (UNICEF, 2015). Al documento del Fondo de Naciones Unidas para la Población bajo el título: *“Situación de las uniones a temprana edad en Nicaragua”* (FNUAP-Nicaragua) (UNFPA/Nicaragua, 2019). Al documento conjunto OPS/UNFPA bajo el título: *“El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe”* (OPS/UNFPA, 2020) y a partir de datos revisados del *“Informe final de la Encuesta de Demografía y Salud 2011/2012”*. Capítulo 12 pp. 425-456 (INIDE, 2014). El instrumento estuvo estructurado en 4 capítulos:

Capítulo I: Características sociodemográficas

Capítulo II: Antecedentes Ginecoobstétricos

Capítulo III: Características del embarazo actual

Capítulo IV: Vía de finalización del embarazo

La recolección de la información se realizó mediante la ejecución del llenado de la ficha de recolección de datos por parte de los investigadores, se promovió que el instrumento fuera llenado de forma ordenada y completa. De esa manera se garantizó un mayor nivel de confiabilidad con las respuestas encontradas durante el desarrollo de la investigación.

2.6 Plan de tabulación

El proceso de tabulación fue realizado a través de las variables cuantitativas investigadas, definidas a través de los resultados obtenidos para responder al problema de investigación y objetivos planteados.

2.7 Plan de análisis

La información obtenida del cuestionario se procesó a través de la creación de una base de datos en el programa software SPSS 22.0. Posteriormente se analizó y organizó a través de tablas y figuras en los que se aplicó frecuencias y porcentajes, considerando los objetivos del estudio, usando para ello el sistema Windows con el programa OFFICE 2015.

2.8 Enunciado de variables

Objetivo específico N° 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.

- a) Edad
- b) Nivel de escolaridad
- c) Estado civil
- d) Religión
- e) Procedencia

Objetivo específico No.2: Identificar antecedentes Ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas.

- a) Menarca
- b) Edad de inicio de vida sexual activa (IVSA)
- c) Número de parejas sexuales
- d) Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual (ITS)
- e) Tipo de ITS
- f) Número de embarazos anteriores
- g) Uso de métodos anticonceptivos (MAC)
- h) Tipo de MAC utilizados

Objetivo específico No.3: Describir las características clínicas del embarazo actual en adolescentes atendidas.

- a) Semanas de gestación al momento de la captación
- b) Número de controles prenatales
- c) Embarazo actual es deseado
- d) Hospitalizaciones durante el embarazo

- e) Complicaciones durante el embarazo
- f) Tipos de complicaciones y patologías mas frecuentes

Objetivo específico No. 4: Señalar la vía de finalización del embarazo en la población en estudio

- a) Parto vaginal
- b) Cesárea

2.9 Operacionalización de Variables

Objetivo específico N° 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la captación de la adolescente embarazada.	Años cumplidos	15 - 16 años 17 - 19 años
Nivel de escolaridad	Es el nivel académico más alto alcanzado hasta el momento del estudio	Ultimo nivel académico alcanzado al momento del estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Universitaria
Estado civil	Situación conyugal. Condición de un individuo en lo referente a su relación de pareja.	Condición de pareja.	Soltera Casada Unión de hecho estable
Religión	Doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral, sobrenatural	Doctrina practicada.	Católica Evangélica Testigo de jehová Otras
Procedencia	Es el origen que ostenta la adolescente embarazada y del cual entonces procede.	Zona geográfica	Urbana Rural

Objetivo Específico N° 2: Identificar antecedentes Ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Menarca	Edad de aparición de la primera regla	Años	9 a 11 años 12 a 14 años 15 años o más
Edad de inicio de vida sexual (IVSA)	Edad de inicio de vida sexual activa	Años	11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Número de parejas sexuales	Será el número de parejas sexuales que haya tenido la adolescente embarazada	Número de parejas sexuales	1 2 3 o más
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual en las embarazadas adolescentes en los últimos 2 años previo al estudio	Historia de presencia de ITS	Sí No
Tipo de ITS	Será el tipo de ITS presente en los últimos años previo al estudio	Tipo de ITS	Gonorrea Sífilis Vaginitis bacteriana Candidiasis vaginal Tricomoniasis VPH
Número de embarazos anteriores	Es el número de embarazos previos indicados por la embarazada adolescente en el momento del estudio	Número de embarazos	Ninguno Uno Dos
Uso de métodos anticonceptivos (MAC)	Antecedente de uso de MAC por parte de la adolescente embarazada	Historia de uso de métodos anticonceptivos	Sí No
Tipo de MAC utilizado	Es el tipo de MAC utilizado por la adolescente embarazada	Tipo de método anticonceptivo	Condón Anticonceptivos orales Inyectables DIU Píldora para el día siguiente (PPMS)

Objetivo Específico N° 3: Describir las características clínicas del embarazo actual en las adolescentes atendidas.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Semanas de gestación a la captación	# de semanas que tenía la adolescente embarazada al momento de la captación de la paciente	# de semanas	< 12 semanas 13-19 semanas 20-26 semanas 27-33 semanas 34-40 semanas
Número de controles prenatales a los que ha asistido	Número de controles prenatales realizados a las adolescentes embarazadas	Número de controles	Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 a 6 7 a 8
Embarazo actual es deseado	Es el deseo de estar embarazada actualmente expresado por la adolescente	Deseo de estar embarazada	Sí No
Hospitalizaciones durante el embarazo	Historia de ingreso a nivel hospitalario durante el desarrollo del presente embarazo	Número de hospitalizaciones	Ninguna 1 2 Más de 2
Complicaciones durante el embarazo actual	Problemas de salud durante el embarazo, que pueden afectar la salud de la madre, la salud del feto o la de ambos. Estos efectos provocan el desarrollo de embarazos de alto riesgo.	Presencia de complicaciones	Sí No
Tipos de Complicaciones y patologías en el embarazo actual	Tipos de complicaciones presentes durante el desarrollo del embarazo actual que pueden afectar la salud de la madre, del producto o de ambos.	Tipos de complicaciones	Infecciones urinarias Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Desproporción cefalopélvica (DCP) Riesgo de pérdida de bienestar fetal

Objetivo Específico N° 4: Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio.			
Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Termino del embarazo actual	Forma/vía de culminación del embarazo actual en adolescentes embarazadas	Vía de termino del embarazo	Parto vaginal Cesárea

2.10 Aspectos Éticos

Se respetaron los derechos en todo momento de las embarazadas adolescentes sujetas a estudio, establecidos en la Declaración de Helsinki del año 1964, por la Asociación Médica Mundial (AMM) (Manzini, 2000), así como la constitución política y en las leyes de la República de Nicaragua (Ley 287 “Código de la niñez y la adolescencia dictaminada en el año 1998 (Ministerio de la familia, niñez y adolescencia (MIFAM), 2014), así como la ley 423 “ley general de salud” (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua., 2002).

Se mantuvo en todo momento el anonimato de los datos de las embarazadas adolescentes atendidas en el programa de atención prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, en el periodo de estudio. La información recopilada de cada uno de los expedientes clínicos fue mantenida a resguardo por los investigadores y al finalizar el completamiento del llenado del instrumento los datos fueron utilizados para fines de la investigación en el ámbito académico.

Capítulo III Desarrollo

3.1 Resultados

Objetivo Específico N° 1: Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes embarazadas en estudio

En el estudio, la población se encontraba conformada en el 60.3% (82) por adolescentes entre los 17-19 años, seguido de adolescentes entre 15-16 años con el 39.7% (54). En relación al nivel de escolaridad predominó las que alcanzaron estudios de secundaria con el 51.5% (70), el nivel de primaria con el 27.9% (38) seguida por el las analfabetas con el 14.7% (20). El 63.2% (86) se encontraban en unión de hecho estable, seguida del grupo de adolescentes solteras con el 25.0% (34). Con respecto a la religión que profesaban las embarazadas adolescentes, predominaron la doctrina católica con el 50.0% (68), seguidos de la religión evangélica con el 47.8% (65). El 58.1% (79) eran de procedencia rural y 41.9% (57) de zona urbana. **(Tabla 1)**

Objetivo Específico N° 2: Identificar antecedentes ginecoobstétricos de las adolescentes embarazadas evaluadas.

En relación a los antecedentes GinecoObstétricos, la menarca se dio entre 12-14 años en el 58.1% (79), y entre 9-11 años el 37.5% (51). El 64.0% (87) iniciaron vida sexual entre 14-16 años, seguido de 11-13 años con 28.7% (39). El 68.4% (93) solo convivió con una pareja sexual, 26.5% (36) con dos. En el 61.0% (83) indicaron antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Las adolescentes señalaron en algunas ocasiones más de un tipo de ITS, siendo con mayor frecuencia la vaginitis bacteriana (78.3%), y la infección por VPH (67.5%) las formas clínicas que se presentaron mayormente. El 68.4% (93) de las adolescentes embarazadas no utilizaban métodos anticonceptivos antes del embarazo actual, y solo el 31.6% (43) indicaron el antecedente de su uso. En el grupo que utilizó métodos de planificación familiar, utilizaron en orden de frecuencia: condón en el 46.5%, anticonceptivos orales en el 16.3% y en el 14.0% Dispositivos intrauterinos (DIU). En relación al número de embarazos previos, en el 64.0% (87) no tenían embarazos previos, en un 32.4% (44) indicaron el antecedente de un embarazo previo. **(Tabla 2)**

Objetivo Específico N° 3: Describir las características clínicas del embarazo actual en las adolescentes atendidas.

En relación a las características del embarazo actual de las adolescentes en estudio, se encontraron los siguientes resultados: En el 45.6% (62) fueron captadas antes de la semana 12. El 31.6% (43) de las embarazadas adolescentes fueron captadas de la semana 13 a 19 semana.

El 39.0% (53) de las adolescentes embarazadas asistieron de 3 a 4 controles prenatales, el 25.0% (34) se realizaron de 5 a 6 controles prenatales, y el 22.8% (31) asistieron a solamente de 1 a 2 controles prenatales. Predominaron los embarazos no deseados en un 60.3 % (82), por sobre las que sí deseaban embarazarse 39.7% (54).

En relación a los antecedentes de hospitalizaciones durante el embarazo: El 90.4% (123) no presentó ningún ingreso, el 5.2% (7) había sido internada una vez. En el 41.9% (57) de las embarazadas presentaron complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual. Al evaluar este grupo se encontraron los datos siguientes: La mayor frecuencia de patologías se presentaron como infecciones de vías urinarias (IVU) con el 45.6% (26), complicaciones como la enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) con el 31.6% (18), la desproporción cefalopélvica (DCP) con el 10.5% (6), y el 12.3% (7) de las adolescentes presentaron complicaciones de Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) respectivamente. **(Tabla 3)**

Con respecto a la Edad versus Número de embarazos anteriores, se encontró que en el grupo de Edad de 15-16 años, predominaron aquellas que no tenían antecedentes de gestaciones previas con el 70.4% (38), en el 27.8% (15) tenían un embarazo anterior, y en el 1.8% (1) tenían dos embarazos anteriores; dentro del grupo de edad de 17-19 años, el 59.8% (49) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, en el 35.4% (29) tenían el antecedente de tener un embarazo anterior, y en el 4.8% (4) tenían antecedentes de dos embarazos. **(Tabla 4)**

En relación al estado civil versus el número de parejas sexuales se encontró que en el grupo de solteras, el 73.5% (25) tenía solo una pareja, en el 23.5% (8) tuvieron dos parejas sexuales y en el 3.0% (1) tenían el antecedente de tres o más. En el segmento de adolescentes embarazadas casadas, el 81.3% (13) tuvieron una sola pareja, en el 12.5% (2) dos parejas sexuales y 6.2% (1) tuvieron el antecedente de tres o más. Las embarazadas que indicaron una relación de unión de hecho estable, el 64.0% (55) tenía solo una pareja, en el 30.2% (26) tuvieron dos parejas sexuales y en el 5.8% (5) tenían el antecedente de tres o más. **(Tabla 5)**

Con respecto al nivel de escolaridad versus antecedentes de uso de métodos anticonceptivos, dentro del grupo de adolescentes embarazadas analfabetas, el 20.0% (4) del grupo utilizaron métodos anticonceptivos, y el 80.0% (16) no lo utilizaban. En el nivel de escolaridad de primaria, el 28.9% (11) del grupo indicaron haber utilizado métodos anticonceptivos y en el 71.1% (27) señalaron su no utilización. En el grupo de adolescentes con un nivel de escolaridad de secundaria, el 34.3% (24) del grupo indicaron haber utilizado métodos anticonceptivos antes del embarazo actual y en el 65.7% (46) indicaron que no habían utilizado métodos anticonceptivos. En el grupo de adolescentes con un nivel de escolaridad universitaria en el 50.0% (4) señalaron que habían utilizado métodos anticonceptivos antes de su embarazo actual y en el 50.0% (4) negaron este antecedente. **(Tabla 6)**

En relación a la Edad versus los tipos de complicaciones y patologías en el embarazo durante el embarazo actual de la adolescente, dentro del grupo de adolescentes embarazadas con edades de 15 a 16 años, en el 40.0% (8) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 20.0% (4) desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 20.0% (4) presentaron desproporción cefalo pélvica (DCP) y en el 20.0% (4) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) . En el grupo con edades de 17 a 19 años, 48.6% (18) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 37.8% (14) desarrollaron enfermedad

hipertensiva del embarazo (EHE); en el 5.4% (2) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 8.2% (3) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) (**Tabla 7**)

En relación a la Procedencia versus Tipos de complicaciones durante el embarazo actual, en el grupo de adolescentes embarazadas de procedencia urbana, en el 52.6% (10) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 21.1% (4) desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 15.8% (3) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 10.5% (2) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF). En el grupo de adolescentes embarazadas de procedencia rural, en el 42.1% (16) del grupo presentaron infección de vías urinarias (IVU), en el 36.8% (14) desarrollaron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE); en el 7.9% (3) presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP) y en el 13.2% (5) presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF) (**Tabla 8**)

Con respecto a la religión y los deseos de estar embarazada, en el grupo de adolescentes que profesaban la religión católica, el 39.7% (27) de las jóvenes adolescentes quisieron estar embarazadas y el 60.3% (41) no deseaban estar embarazadas, dentro del grupo de adolescentes que profesaban la religión evangélica en el 41.8% (23) tenían el deseo de estar embarazadas, y en el 58.2% (32) no deseaban estar embarazadas, en el grupo de adolescentes que profesaban la religión testigo de jehová, el 30.0% (3) de las jóvenes adolescentes quisieron estar embarazadas y el 70.0% (7) no deseaban estar embarazadas. En el grupo de las adolescentes que profesaban otras religiones, se encontró que en el 33.3% (1) del grupo deseaba el embarazo y en el 66.7% (2) de las adolescentes embarazadas no deseaban el embarazo actual. (**Tabla 9**)

Con respecto a la religión y el uso de métodos anticonceptivos (MAC), en el grupo de adolescentes católicas, se encontró que el 33.8% (23) habían utilizado métodos anticonceptivos, y el 66.2% (45) no lo habían hecho. Dentro del grupo de embarazadas adolescentes evangélicas, el 27.3% (15) habían utilizado los métodos anticonceptivos antes del embarazo actual y el 72.7% (40)

no lo habían utilizado. En el grupo de adolescentes que profesaban la religión testigos de jehová, el 40.0% (4) de las jóvenes adolescentes habían utilizado los métodos anticonceptivos antes del embarazo actual y el 60.0% (6) no habían utilizado métodos anticonceptivos. En el grupo de profesaban otras religiones, el 33.3% (11) del grupo habían utilizado métodos anticonceptivos y en el 66.7% (2) no los había usado. **(Tabla 10)**

Con respecto al número de controles prenatales versus complicaciones y patologías frecuentes; se encontró que las adolescentes embarazadas que habían asistido de 1 a 2 controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 67.7% (21) presentaron complicaciones y en el 32.3% (10) no presentaron complicaciones. Las adolescentes embarazadas que habían asistido de 3 a 4 controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 30.2% (16) presentaron complicaciones y en el 69.8% (37) no presentaron complicaciones. Las adolescentes embarazadas que habían asistido a 5 a 6 controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 35.3% (12) presentaron complicaciones y en el 64.7% (22) no presentaron complicaciones. Las adolescentes embarazadas que habían asistido de 7 a 8 controles prenatales durante el desarrollo de su embarazo, en el 44.4% (8) presentaron complicaciones y en el 55.6% (10) no presentaron complicaciones. **(Tabla 11)**

Objetivo Específico N° 4: Determinar la vía de finalización del embarazo en las adolescentes en estudio.

En relación a la vía de finalización del embarazo actual en las adolescentes en estudio, se encontró que en el 65.4% (89) de las embarazadas la vía de finalización fue el parto vaginal y en el 34.6% (47) la vía de finalización fue por Cesárea. **(Tabla 12)**

3.2 Análisis y discusión de los resultados

La mayor frecuencia se presentó en edades de 17 a 19 años, estos datos se corresponden a

los resultados obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud realizada en los años 2011-12 respectivamente, en donde indican que las adolescentes en edades de 15 a 19 años en el 27.4% ya son madres o se encuentran embarazadas esperando su primer hijo (INIDE, 2014). Esta conlleva elevados riesgos de morbilidad y mortalidad para ellas y para sus hijos, pues es sabido que tales riesgos aumentan a medida que la edad es menor.

Así mismo los datos suministrados por OMS han indicado el alto riesgo del embarazo adolescente en poblaciones de jóvenes sobre todo de países de bajos y medianos ingresos, el cual se desarrolla en condiciones socioeconómicas de muchas limitaciones. Estudios realizados por OPS han determinado que el comportamiento del embarazo adolescente en Nicaragua ocupa el primer lugar de proporción de embarazos en América Latina (Banco Mundial, 2013). (OMS, 2020).

La embarazada adolescente tiene el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres de 20 a 24 años de edad (Muñoz Robleto, 2018). En su mayoría el embarazo adolescente se desarrolla en un ambiente en donde es el resultado de una decisión condicionada y desinformada como ocurre en la mayoría de los casos.

En Nicaragua más del 80.0% de los adolescentes inician relaciones sexuales entre los 15 y 16 años de edad. (FNUAP, 2017). Se ha establecido que la tasa de embarazo adolescente en Nicaragua representa la de mayor índice en las Américas (OPS/UNFPA, 2020).

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que la mayoría de las adolescentes quedaron embarazadas en un período en promedio de 3 años posterior al inicio de su actividad sexual. La deficiencia del conocimiento con respecto a la salud sexual y reproductiva provoca un proceso de exclusiones que tiene que enfrentar la joven madre, el cual inicia con el embarazo, a esto se suma la deserción escolar que se ha relacionado al hecho de uniones formales tempranas, y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para sus propias vidas.

De ahí que la importancia de desarrollar programas y políticas que busquen reducir el

embarazo adolescente tienen que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr para mejorar este comportamiento (CEPAL/ONU, 2018).

La mayor proporción de adolescentes proceden del área rural (69.9%). Las diferencias en accesibilidad geográfica se ha señalado como una limitante en el proceso de búsqueda de los servicios de salud, disminuyendo el proceso de calidad de atención que reciben sobre todo las mujeres adolescentes en riesgo. Esto influye en que la adolescente embarazada en muchos casos suspende sus visitas a controles prenatales y/o a que la evaluación del embarazo no se realice con el tiempo óptimo, que provoca un abordaje tardío ante la presencia de complicaciones, dándose efectos en el binomio madre-hijo (MINSA, 2016).

Con respecto al estado civil en el estudio en su mayoría las adolescentes mantenían una unión de hecho estable, resultados que se correlacionan con los del estudio de Valdiviezo y colaboradores en la ciudad de Riobamba, Ecuador en donde el 42.0% de las jóvenes embarazadas mantenían el mismo tipo de relación con su pareja. (Valdiviezo Maygua, Rivera Herrera, Barahona Guillén, Haro Inca, & González Verdesoto, 2021).

Con respecto a sus antecedentes ginecoobstétricos, la mayoría de las embarazadas indicó la edad de inicio de vida sexual en edades de 14 a 16 años, estos resultados se corresponden al informe del Fondo de Naciones Unidas para la población de Nicaragua; en donde se indica que más del 80.0% de los adolescentes nicaragüenses inician relaciones sexuales entre los 15 y 16 años de edad. (FNUAP, 2017).

Según informe de FUNIDES (2016) la presencia del embarazo adolescente en Nicaragua provoca que poco a poco, las posibilidades de culminación de estudios vayan disminuyendo y así mismo la obtención de un título académico. Las limitaciones en el proceso de desarrollarse

profesionalmente se traducen para el país en pérdidas económicas y sociales, además del enlentecimiento del desarrollo humano. Esta dependencia económica y social limita el proceso de su inclusión social; lo que a su vez genera que la mayoría de la población de estudio mantuviera un tipo de relación con su pareja de unión de hecho estable (FUNIDES, 2016).

El resultado del efecto directo en un embarazo no planificado, con el consiguiente efecto en la pareja y el entorno familiar de ambos adolescentes. Además la mayor parte de la población estudiada indicó su rechazo a estar embarazada. Este fenómeno convierte a las embarazadas adolescentes socioeconómicamente en una población muy vulnerable, con mayor riesgo para su futuro bebé. Los efectos de rechazo familiar y social hacia la adolescente embarazada es una constante en la mayoría de países de América Latina y el Caribe (ALC) (Banco Mundial, 2013) (OMS, 2020). En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (OMS, 2020).

La mayor parte de las adolescentes embarazadas no utilizaban métodos anticonceptivos, la falta de educación sexual provoca el desconocimiento de cómo evitar el embarazo, pues en muchos países la calidad de educación en salud sexual y reproductiva es altamente deficiente.

Por otro lado se desarrolla frecuentemente además sentimiento de culpabilidad y vergüenza para solicitar servicios de anticoncepción, aun cuando sea fácil conseguirlos; en la realidad las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Esta situación provoca que las jóvenes adolescentes no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas y/o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección (OPS, 2018).

La mayoría de las adolescentes embarazadas profesaban la religión católica, estos resultados se corresponden a datos encontrados en estudios realizados en investigaciones a nivel nacional en el departamento de Masaya (Caliz & Castillo, 2018) en la región de RAACS (Urbina

Reyes & Vargas Ramos, 2016); en donde la religión como factor cultural en la sociedad nicaragüense juega un papel importante, ya que desde etapas tempranas desde el núcleo familiar se impulsa las creencias religiosas; influyendo en la estigmatización y menosprecio, determinando al embarazo adolescente como un pecado, una traición a los principios y dogmas de la religión que la adolescente profesa (OPS/OMS, 2002)

La edad de menarca con mayor frecuencia fue de 12 a 14 años. Estos datos se relacionan a resultados presentados por Cáliz y Castillo en el departamento de Masaya, dónde la mayor frecuencia obtenida fue en las edades de 12 a 14 años en la población de estudio (Caliz & Castillo, 2018). El inicio de vida sexual activa con mayor frecuencia fue reportada entre los 14 a 16 años. Informe de la Organización Mundial de la Salud en el año 2020 indicó que más del 50% de los adolescentes han iniciado vida sexual antes de los 15 años (OMS, 2020). Así mismo el informe final de la encuesta de demografía y salud del año 2011/12 encontraron que los jóvenes nicaragüenses tuvieron la primera relación sexual alrededor de 16 a 18 años. (Secretaría de Educación Pública, 2012). Los datos en relación al número de parejas sexuales de las adolescentes en su mayoría tuvieron una pareja sexual, datos coincidentes al estudio realizado por Ruiz García y Colaboradores en el año 2019 en el Centro de Salud Carlos Rugama de Managua (Ruiz García, García Reyes, & Caldera Pacheco, 2020)

Los datos encontrados señalan que más de la mitad de las adolescentes embarazadas tenían antecedentes de haber padecido infecciones de transmisión sexual; donde en mayor frecuencia aparecieron vaginosis bacteriana. Esta información es muy preocupante ya que nos da una semblanza acerca del comportamiento sexual de los jóvenes adolescentes, ya que indica su relación directa al hecho de tener la posibilidad de tener múltiples parejas sexuales y el desarrollo de una eventual infección de transmisión sexual, los reportes de UNICEF y OMS han señalado que la frecuencia de ITS se presenta en edades cada vez más tempranas (OMS, 2020). El proceso de una

iniciación cada vez más precoz de las relaciones sexuales en los adolescentes, se convierte en un eslabón importante en la aparición de trastornos relacionados con la aparición del embarazo precoz, matrimonios planificados, separación temprana de las jóvenes de sus familias, violencia familiar y sexual son parte de la problemática que sobreviven en algunos países las jóvenes adolescentes (CODENI, 2017) (OMS, 2020).

La captación de las adolescentes embarazadas tuvo su mayor frecuencia en el periodo antes de las 12 semanas. El sistema de salud del MINSA en Nicaragua en los últimos años se ha destacado con una alta participación voluntaria de la población, esto genera desde los primeros momentos del embarazo una disponibilidad del personal de salud con miras a desarrollar un proceso de motivación y concientización en las adolescentes embarazadas y así mismo hacia la población en general, con énfasis en la importancia del control prenatal y seguimiento de las embarazadas adolescentes que representan un nivel de riesgo mucho mayor, razón por lo cual el Ministerio de Salud de Nicaragua lo considera como un programa estratégico (MINSA, 2016).

Esta condición se ve reflejada porque la mayoría de las adolescentes embarazadas asistió en promedio a 3 a 4 controles prenatales, esto genera un rol importante en la detección temprana y seguimiento oportuno de cualquier eventualidad que se presente durante el desarrollo del embarazo. Estos datos se relacionan con los resultados obtenidos en el estudio de Ruiz García y colaboradores en el centro de salud Carlos Rugama de Managua, donde la captación de las embarazadas tuvieron un inicio temprano y con un número de visitas al control prenatal en la mayoría de los casos del embarazo respectivo (Ruiz García, García Reyes, & Caldera Pacheco, 2020).

Pero todavía existen retos a superar ya que en regiones de Nicaragua todavía existen limitaciones geográficas, un bajo nivel de escolaridad y la cultura social con una base machista, que provocan serios obstáculos para la asistencia fluida por parte de las usuarias al programa de

control prenatal de la unidad de salud; lo que debe de motivar un proceso de promoción en el fortalecimiento de acciones que deben realizarse en el futuro dentro de los programas de salud materna e infantil del Ministerio de Salud de Nicaragua como estrategias de prevención en el marco del modelo de salud comunitaria y familiar (MINSAL, 2016).

Una importante población de las embarazadas adolescentes del presente estudio presentaron complicaciones o patologías durante el embarazo, teniendo con mayor frecuencia las infecciones de vías urinarias y la enfermedad hipertensiva del embarazo como primera complicación. Estos resultados se encuentran relacionados al perfil de salud establecido por las normativas del MINSAL (MINSAL, 2016). Se ha descrito que estas condiciones se desarrollan asociadas a una falta de detección temprana y/o por un manejo inadecuado de la patología (MINSAL, 2016).

En su mayoría fueron primigestas, el grupo que presentó la mayoría de este grupo fueron edades de 17 a 19 años, así mismo se pudo identificar que conforme la joven adolescente va creciendo el número de parejas sexuales aumenta, manteniendo una relación inestable, con un ambiente de inseguridad emocional y afectiva de la adolescente. Los resultados señalados están relacionados a estudios nacionales (Caliz & Castillo, 2018) que indican que las adolescentes al terminar su etapa adolescente ya son madres o se encuentran embarazadas. (OPS, 2018).

Se encontró una relación directa entre la escolaridad y el uso de métodos anticonceptivos ya que las universitarias tuvieron una mejor práctica de uso de los métodos anticonceptivos, que la frecuencia encontrada en el grupo de adolescentes embarazadas con un nivel analfabeta y de primaria ya que prevaleció el no uso de los mismos, demostrando que el conocimiento sobre la base de la salud sexual y reproductiva es el principal factor que condiciona el buen uso y manejo de los métodos anticonceptivos y así mismo modifica la frecuencia de embarazo adolescente en Nicaragua y la mayoría de países de América Latina (Banco Mundial, 2013) (CEPAL/ONU, 2018)

(OPS/UNFPA, 2020)

La presencia de complicaciones en relación a la asistencia al programa de control prenatal, fue identificada una relación inversa ya que fue observada que a menor número de controles prenatales que asistió la embarazada adolescente se presentó una mayor frecuencia de complicaciones. Los conocimientos limitados con relación a educación sexual y reproductiva, el ambiente de violencia, la sociedad machista, la dependencia socioeconómica provoca la falta de acceso a los servicios de salud, la inmadurez biológica y psicológica ante el hecho de estar embarazada condiciona una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de complicaciones. (OMS, 2020) (MINSA, 2016).

La mayor parte de los embarazos terminaron por la vía vaginal, aunque la realización de Cesárea se presentó en el 34.6%, según datos de OPS/OMS en el país con respecto a la realización de Cesárea en Nicaragua respectivamente, se ha señalado un promedio alrededor del 40.0% de los embarazos adolescentes. Este dato confirmado por información del MINSA FNUAP y OPS. (OMS, 2020) (INIDE, 2014). El trabajo de información y promoción de la salud por parte de los equipos de salud familiar y comunitario dirigido hacia la salud sexual y reproductiva de los adolescentes representan acciones de manera permanente y de calidad lo que garantiza un ambiente adecuado y optimo en el desarrollo de la salud del binomio madre – hijo impactando en la morbi mortalidad y mejorando la calidad de vida y un mejor desarrollo hacia el futuro.

3.3 Conclusiones

1. Respecto a características sociodemográficas que se encontraron en el grupo etéreo de 17 a 19 años, con nivel de escolaridad secundaria, la mayoría en unión de hecho estable, y profesaban la religión católica y de procedencia rural.
2. Los principales antecedentes gineco obstétricos de las adolescentes embarazadas fueron: La edad de menarca que prevaleció fue de 12 a 14 años, el inicio de vida sexual activa fue de 14 a 16 años, teniendo la mayoría 1 pareja sexual. Con antecedentes de ITS; la vaginosis bacteriana la de mayor frecuencia. No utilizaban métodos anticonceptivos previos al embarazo actual. En su mayoría se encontraban embarazadas por primera vez,
3. La captación y evaluación por primera vez de la adolescente embarazada antes de las 12 semanas de gestación, realizando la mayoría de 3 a 4 controles prenatales. La mayor parte de las jóvenes no tenían el deseo de continuar con su embarazo. Las infecciones de vías urinarias fue la patología con mayor frecuencia presente y la enfermedad hipertensiva gestacional la complicación más frecuente.
4. La vía de finalización del embarazo que se presentó fue la vía vaginal, en el abordaje hospitalario del embarazo adolescente.

3.4 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (MINSA) SILAIS Boaco

- a) Fortalecer actividades de información y educación actualizada en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), sobre el tema del embarazo adolescente, promoviendo la asistencia de las adolescentes en las primeras semanas al control prenatal, motivando los beneficios y seguridad en la salud de la madre y el bebé.
- b) Consolidar la capacitación a los brigadistas de salud, en temas del campo de la salud sexual y reproductiva, con el objetivo del mejoramiento hacia una captación temprana de las embarazadas, y así mismo identificar factores de riesgo de forma oportuna, e indicando medidas de prevención sobre el embarazo adolescente, de forma integral.
- c) Realizar congresos científicos dirigidos al personal médico y asistencial, dentro del proceso de actualización de la información, asumiendo un compromiso individual y social; para impulsar prácticas adecuadas en el manejo y seguimiento del embarazo en adolescentes, a fin de elevar los índices en el seguimiento de todo el proceso. Y con un seguimiento de calidad para el desarrollo del binomio madre-hijo.
- d) Establecer estrategias con los diferentes actores sociales mediante el impulso de intervenciones educativas en los diferentes ambientes que los adolescentes desarrollan, dándoles un seguimiento constante y con personal capacitado para la atención a los adolescentes.

Al Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco

- a) Fomentar la apropiación de información oportuna y adecuada en salud sexual y reproductiva, a las adolescentes atendidas en el Centro de Salud Ramón Guillén,

haciendo énfasis en el retraso del inicio de vida sexual activa de los mismos, el buen uso y manejo de los métodos anticonceptivos. Así mismo desarrollar un mejor control y seguimiento de las adolescentes embarazadas, detectando sus complicaciones y tomando medidas preventivas sobre las mismas.

- b) Acrecentar acciones informativas en temas de SSR, con participación de los centros educativos del municipio de Boaco, dirigido a jóvenes y adolescentes; mediante una estrategia de pares. La coordinación estará a cargo del personal de salud y maestros en cada una de las diferentes modalidades de educación.
- c) Fortalecer las redes comunitarias, con participación de líderes juveniles, para el proceso de transmisión de conocimientos referentes a embarazo adolescente, sexualidad segura, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, con modalidades de participación integradora con cada uno de las instituciones participantes en el desarrollo integral de los jóvenes adolescentes.

Capítulo IV Bibliografía

- NIH. (14 de abril de 2020). Obtenido de NIH: espanol.nichd.nih.gov
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2002). *Ley 423: "Ley General de Salud"*. Managua.
- Banco Mundial. (2013). *ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes*. Guatemala.
- Blázquez Morales, M. (2012). Embarazo adolescente. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1-8.
- Bolivar, R., & Duarte, P. (2019). *Embarazo no planificado en adolescentes de 12-19 años del barrio sutiava que asisten al centro de salud Felix Pedro Picado, Leon, primer semestre, 2017*. Leon.
- Caliz, G., & Castillo, L. (2018). *Factores asociados a embarazo en adolescentes atendidas en el puesto de salud Francisco Real de la comunidad Valle de la Laguna-Masaya, enero a diciembre 2017*. Masaya.
- CEPAL/ONU. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago.
- CODENI. (2017). *Embarazo adolescente*. Managua.
- CODENI. (2017). *INFORME DE FEDERACIÓN DE COORDINADORA NICARAGUENSE DE ONG QUE TRABAJAN CON LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA*. Managua.
- Dannemann, V. (22 de marzo de 2019). *Made for minds*. Obtenido de <https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-y-el-desaf%C3%ADo-de-reducir-las-altas-cifras-de-embarazo-adolescente/a-48028862>
- Flores Valencia, M. E., Nava Chapa, G., & Arenas Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 374-378.
- FNUAP. (2017). *Embarazo en la Adolescencia*. New York.
- FUNIDES. (2016). *Embarazo Adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.
- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.

- INIDE. (2014). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2011/12 Informe Final*. Managua.
- INIDE. (2014). *Encuesta nicaraguense de demografía y salud 2011/12. Informe final*. Managua.
- INIDE. (2018). *Anuario estadístico*. Managua.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 321-334 pp.
- Mendoza, J. P. (13 de junio de 2006). *Adolescentes embarazadas: características y riesgos*. Obtenido de *Adolescentes embarazadas: características y riesgos*.: www.bsv.sld.cu/revistas/gin/vol23-1-97/gin03197.htm
- Ministerio de la familia, niñez y adolescencia (MIFAM). (2014). *Código de la niñez y la adolescencia. Código de familia*. Managua.
- MINSA. (octubre de 2004). *Manual de procedimientos para atención integral a los y las adolescentes*. Managua. Obtenido de *Manual de procedimientos para atención integral a los y las adolescentes*.
- MINSA. (2016). *Normativa 139: Protocolo para la atención de adolescentes embarazadas*. Managua.
- MINSA. (2016). *Normativa 139: Protocolo para la atención de las adolescentes embarazadas*. Managua.
- MINSA/OPS. (2010). *Perfil de Salud Materna ODM 5 Nicaragua*. Managua.
- Muñoz Robleto, H. G. (2018). *Factores asociados a embarazo adolescente en Nicaragua*. León.
- OMS. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Ginebra.
- OMS. (2018). *Embarazo en Adolescentes*. Ginebra.
- OMS. (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Ginebra.
- OMS. (2020). *El embarazo en la adolescencia* . Ginebra.
- OPS. (2018). *El embarazo en la Adolescencia*. Whashington D.C. USA.
- OPS. (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Washington D.C.
- OPS/OMS. (2002). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.
- OPS/UNFPA. (2020). *El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe*. Panamá.
- Quesada, M., Romero, M., Prieto, M., & Rodriguez, C. (2014). Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Acta Médica de Camaguey*, 634-646.

- Secretaría de Educación Pública. (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México D.F.
- SOGIBA. (2019). *Consenso de Embarazo Adolescente*. Buenos Aires.
- UNFPA/Nicaragua. (2019). *Situación de las uniones a temprana edad en Nicaragua*. Managua.
- UNICEF. (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe*. Panamá.
- UNICEF. (2015). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe final*. Panamá: UNICEF. Plan Internacional.
- Urbina Reyes, S. d., & Vargas Ramos, M. M. (2016). *Complicaciones obstétricas en adolescentes en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Región Autónoma del Atlántico Sur, durante el periodo de enero-septiembre 2015*. Managua.
- Valdiviezo Maygua, M. A., Rivera Herrera, E. G., Barahona Guillén, J. G., Haro Inca, G. T., & González Verdesoto, T. A. (2021). Características de la maternidad adolescente en un hospital del segundo nivel del contexto ecuatoriano. *Revista Eugenio Espejo*, 28-38 pp.

Capítulo V Anexos

5.1 Ficha de recolección de datos



La presente encuesta es para Determinar el comportamiento clínico del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal (APN) del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, en el periodo del 1° de Enero al 30 de Junio de 2020.

I. Características Sociodemográficas

1. Edad:

- a) 15 a 16 años _____
- c) 17 a 19 años _____

2. Escolaridad:

- a) Analfabeta _____
- b) Primaria _____
- c) Secundaria _____
- d) Universidad _____

3. Estado civil:

- a) soltera _____
- b) casada _____
- c) unión de hecho estable _____

4. Religión

- a) Católica _____
- b) Evangélica _____
- c) Testigo de Jehová _____
- d) Otras _____

5. Procedencia:

- a) urbana _____
- b) rural _____

II. Antecedentes Ginecoobstétricos

1. Menarca

- a) 9 a 11 años _____
- b) 12 a 14 años _____
- c) 15 años o más _____

2. Edad de la primera relación sexual (IVSA)

- a) 11 a 13 años _____
- b) 14 a 16 años _____
- c) 17 a 19 años _____

3. Número de parejas sexuales

- a) 1 _____
- b) 2 _____
- c) 3 o más _____

Antecedentes de ITS

- a) Sí _____
- b) No _____

5. Tipo de ITS

- a) Gonorrea _____

- b) Sífilis
- c) Vaginitis bacteriana _____
- d) Candidiasis vaginal _____
- e) Tricomoniasis _____
- f) Infección por VPH _____

6. Uso de métodos anticonceptivos

- a) Si _____
- b) No _____

7. Tipo de método anticonceptivo utilizado

- a) Condón _____
- b) Anticonceptivos orales _____
- c) Inyectables _____
- d) DIU _____
- e) PPMS _____

3. Número de embarazos anteriores

- a) Ninguno _____
- b) 1 _____
- c) 2 _____

III. Características del embarazo actual

1. Semanas de gestación al momento de la captación

- a) Menor de 12 semanas _____
- b) 13 a 19 semanas _____
- c) 20 a 26 semanas _____
- d) 27 a 33 semanas _____
- e) 34 a 40 semanas _____

2. Número de visitas al Programa de Atención Prenatal (APN)

- a) 1 a 2 _____
- b) 3 a 4 _____
- c) 5 a 6 _____
- d) 7 a 8 _____

El embarazo actual es deseado

- a) Sí _____
- b) No _____

4. Hospitalizaciones durante el embarazo

- a) Ninguna _____
- b) Una _____
- c) Dos _____
- d) Más de dos _____

5. Complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual

- a) Sí _____
- b) No _____

6. Tipo de Complicaciones

- a) Infección de vías urinarias (IVU) _____
- b) Enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) _____
- c) Desproporción cefalopélvica _____
- d) Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) _____

IV. Término del embarazo actual

- a) Aborto _____
- b) Parto vaginal _____
- c) Cesárea _____
- d) Muerte perinatal _____

5.2 Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Características sociodemográficas (n=136)	Número	%
Edad		
15-16 años	54	39.7
17-19 años	82	60.3
Nivel de escolaridad		
Analfabeta	20	14.7
Primaria	38	27.9
Secundaria	70	51.5
Universitaria	8	5.9
Estado civil		
Soltera	34	25.0
Casada	16	11.8
Unión de hecho estable	86	63.2
Religión		
Católica	68	50.0
Evangélica	55	40.4
Testigo de Jehová	10	7.4
Otras	3	2.2
Procedencia		
Urbano	57	41.9
Rural	79	58.1

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 2: Antecedentes Ginecoobstétricos de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, 2020.

Antecedentes Ginecoobstétricos	Número	%
Menarca (n=136)		
9 a 11 años	51	37.5
12 a 14 años	79	58.1
15 años o más	6	4.4
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) (n=136)		
11 a 13 años	39	28.7
14 a 16 años	87	64.0
17 a 19 años	10	7.3
Número de parejas sexuales (n=244)		
1	93	68.4
2	36	26.5
3 o más	7	5.1
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (n=136)		
Sí	83	61.0
No	47	39.0
Tipos de ITS (n=83) *		
Gonorrea	44	53.0
Sífilis	6	7.2
Vaginitis Bacteriana	65	78.3
Candidiasis vaginal	48	57.8
Tricomoniasis	50	60.2
Infección por VPH	56	67.5
Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (MAC) (n=136)		
Sí	43	31.6
No	93	68.4
Tipo de método anticonceptivo utilizado (n=43)		
Condón	20	46.5
Anticonceptivos orales	7	16.3
Anticonceptivos inyectables	5	11.6
Dispositivo intrauterino (DIU)	6	14.0
PPMS	5	11.6
Número de embarazos anteriores (n=136)		
Ninguno	87	64.0
Uno	44	32.4
Dos	5	3.6

Fuente: Expedientes clínicos.

*Algunas adolescentes indicaron más de un tipo de ITS.

Tabla 3: Características del embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Características del embarazo actual	Número	%
Semanas de gestación al momento de captación al programa de CPN (n=136)		
< 12 semanas	62	45.6
13-19 semanas	43	31.6
20-26 semanas	9	6.6
27-33 semanas	14	10.3
34-40 semanas	8	5.9
Número de controles prenatales (n=136)		
1 a 2	31	22.8
3 a 4	53	39.0
5 a 6	34	25.0
7 a 8	18	13.2
El actual embarazo es deseado (n=136)		
Sí	54	39.7
No	82	60.3
Hospitalizaciones durante el embarazo (n=136)		
Ninguna	123	90.4
Una	7	5.2
Dos	4	2.9
Más de dos	2	1.5
Complicaciones durante el desarrollo del embarazo actual (n=136)		
Sí	57	41.9
No	79	58.1
Tipos de complicaciones y patologías frecuentes (n=57)		
Infecciones Vías Urinarias (IVU)	26	45.6
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE)	18	31.6
Desproporción cefalopélvica (DCP)	6	10.5
Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)	7	12.3

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 4: Edad vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Edad	Número de embarazos anteriores (n=136)						Total
	Ninguno		Uno		Dos		
	Número	%	Número	%	Número	%	
15-16 años	38	70.4	15	27.8	1	1.8	54
17-19 años	49	59.8	29	35.4	4	4.8	82
Total	87	64.0	44	32.4	5	3.6	136

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 5: Estado civil vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Estado civil	Número de parejas sexuales (n=136)						Total
	Uno		Dos		Tres o más		
	Número	%	Número	%	Número	%	
Soltera	25	73.5	8	23.5	1	3.0	34
Casada	13	81.3	2	12.5	1	6.2	16
Unión de hecho estable	55	64.0	26	30.2	5	5.8	86
Total	93	68.4	36	26.5	7	5.1	136

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 6: Nivel de escolaridad vs. Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

		Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos (n=136)				Total
		Si	%	No	%	
Nivel de escolaridad	Analfabeta	4	20.0	16	80.0	20
	Primaria	11	28.9	27	71.1	38
	Secundaria	24	34.3	46	65.7	70
	Universidad	4	50.0	4	50.0	8
Total		43	31.6	93	68.4	136

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 7: Edad vs. Tipo de Complicaciones y patologías en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Edad	Tipo de Complicaciones del embarazo (n=57)								Total
	IVU*		EHE**		DCP***		RPBF****		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
15-16 años	8	40.0	4	20.0	4	20.0	4	20.0	20
17-19 años	18	48.6	14	37.8	2	5.4	3	8.2	37
Total	26	45.6	18	31.6	6	10.5	7	12.3	57

Fuente: Expedientes clínicos.

(*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***). Desproporción Cefalopélvica. (****) Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Tabla 8: Procedencia vs. Tipo de Complicaciones y patologías en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Procedencia	Tipo de Complicaciones del embarazo (n=57)								Total
	IVU*		EHE**		DCP***		RPBF****		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Urbana	10	52.6	4	21.1	3	15.8	2	10.5	19
Rural	16	42.1	14	36.8	3	7.9	5	13.2	38
Total	26	45.6	18	31.6	6	10.5	7	12.3	57

Fuente: Expedientes clínicos.

(*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***). Desproporción Cefalopélvica. (****) Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Tabla 9: Religión vs. Deseo de estar embarazada actualmente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Religión	Embarazo actual es deseado (n=136)				Total
	Si		No		
	Número	%	Número	%	
Católica	27	39.7	41	60.3	68
Evangélica	23	41.8	32	58.2	55
Testigo de Jehová	3	30.0	7	70.0	10
Otra	1	33.3	2	66.7	3
Total	54	39.7	82	60.3	136

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 10: Religión vs. Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

Religión	Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (n=136)				Total
	Sí		No		
	N°	%	N°	%	
Católica	23	33.8	45	66.2	68
Evangélica	15	27.3	40	72.7	55
Testigo de Jehová	4	40.0	6	60.0	10
Otra	1	33.3	2	66.7	3
Total	43	31.6	93	68.4	136

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 11: Número de controles prenatales vs. Complicaciones y patologías en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

# Controles Prenatales	Complicaciones (n=136)				Total
	Sí		No		
	N°	%	N°	%	
1 a 2	21	67.7	10	32.3	31
3 a 4	16	30.2	37	69.8	53
5 a 6	12	35.3	22	64.7	34
7 a 8	8	44.4	10	55.6	18
Total	57	41.9	79	58.1	136

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 12: Vías de finalización del embarazo de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. 2020.

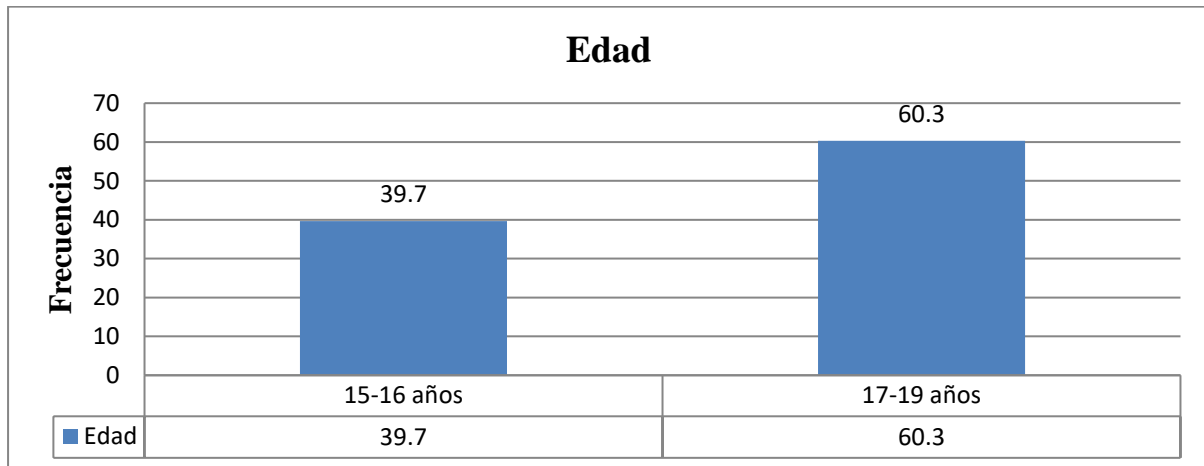
Vías de finalización del embarazo (n=136)	Número	%
Parto vaginal	89	65.4
Cesárea	47	34.6

Fuente: Expedientes clínicos.

5.3 Figuras

Figura 1

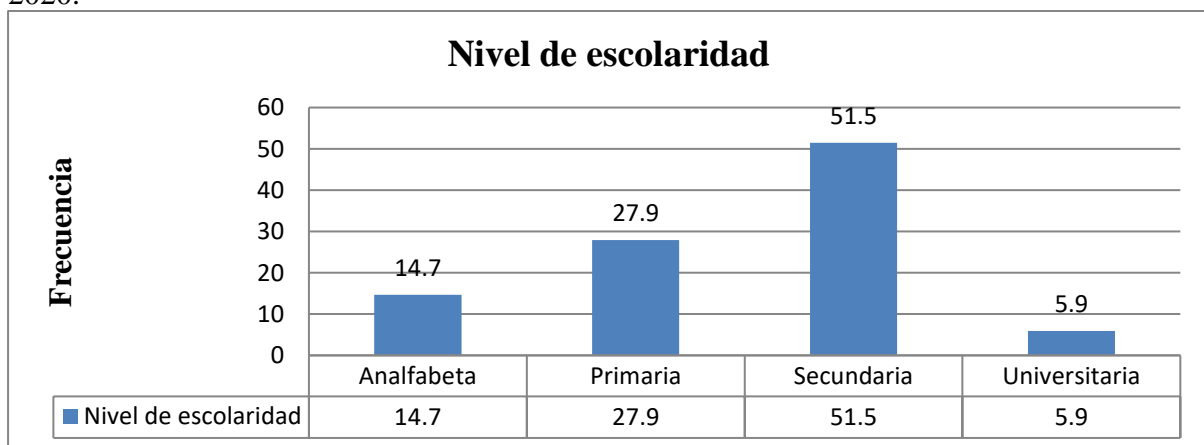
Edad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 2

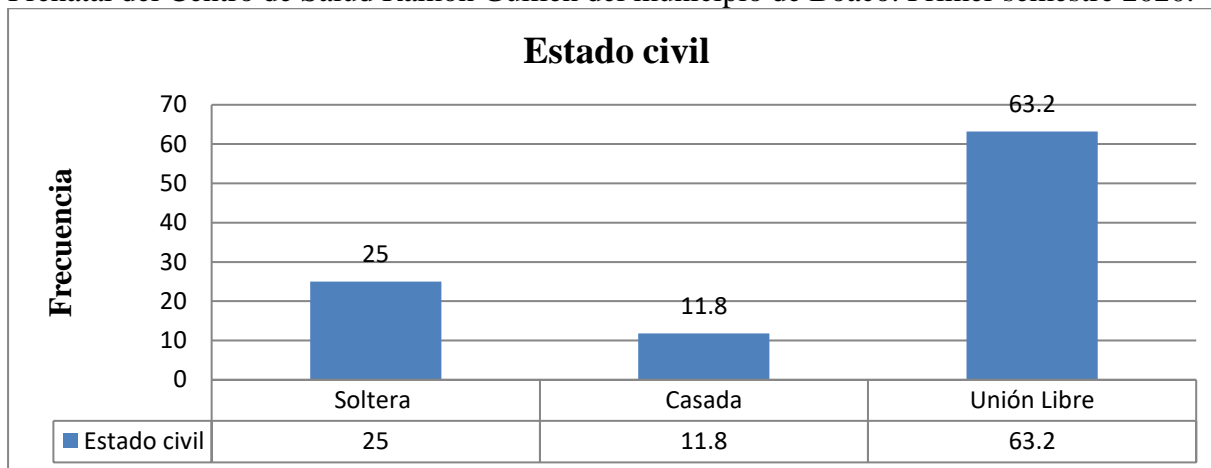
Nivel de escolaridad de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 3

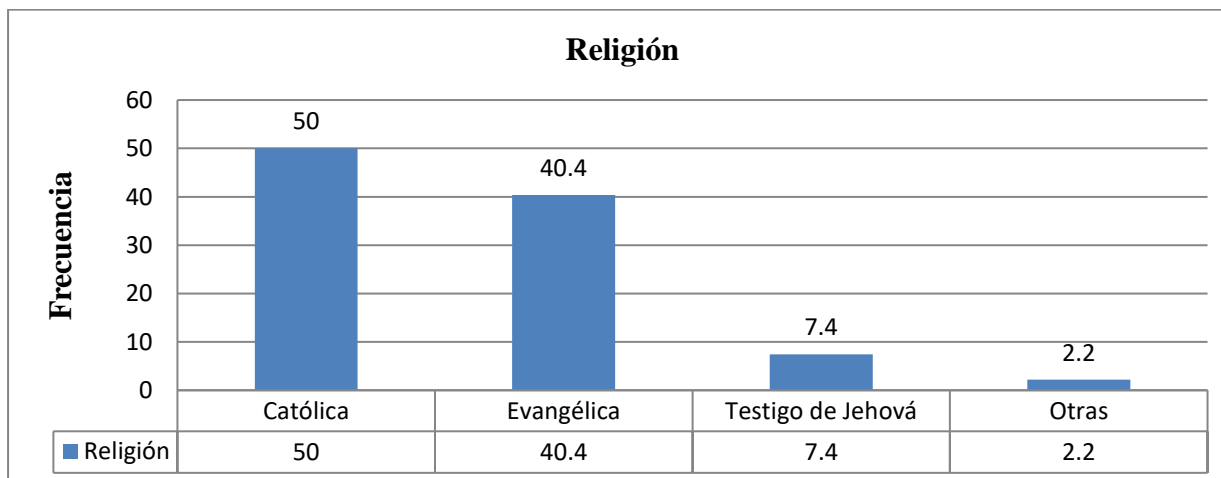
Estado civil de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 4

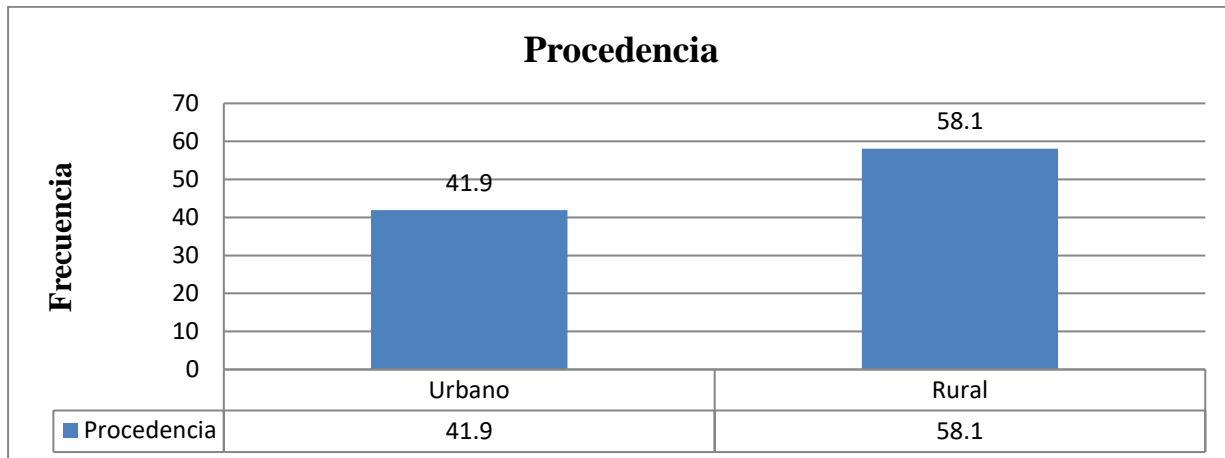
Religión de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 5

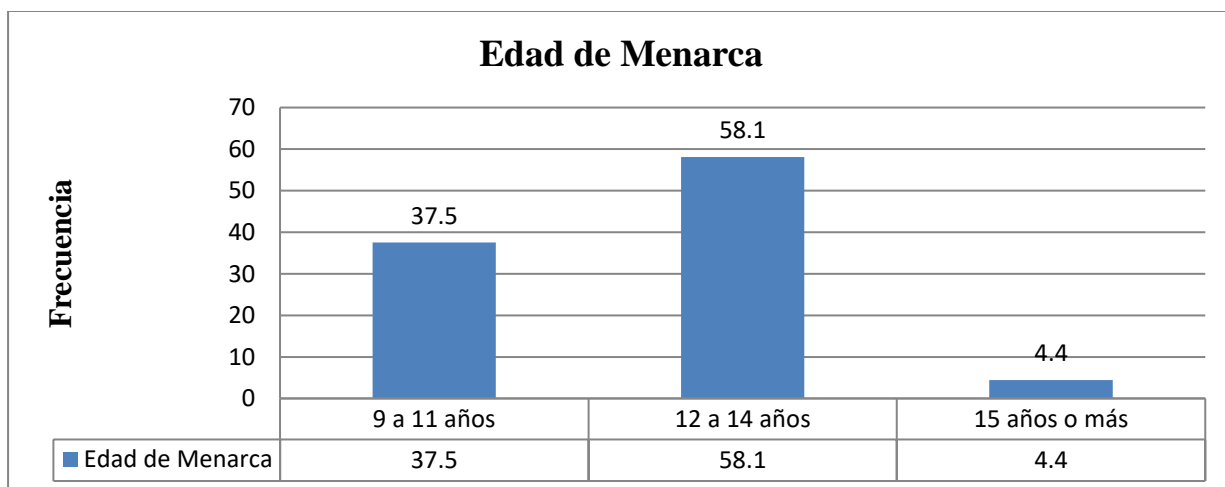
Procedencia de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 1.

Figura 6

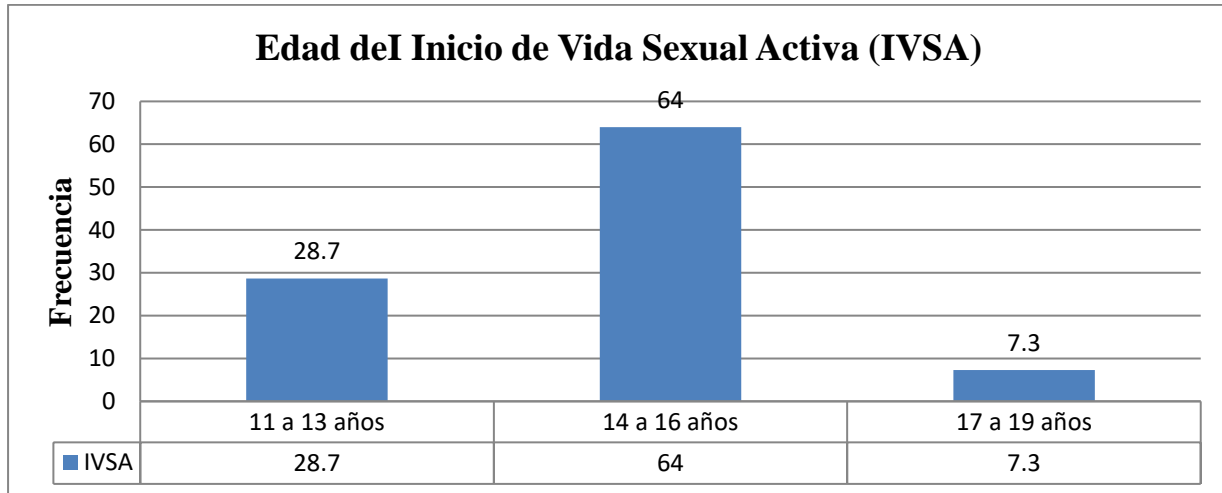
Edad de menarca en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 7

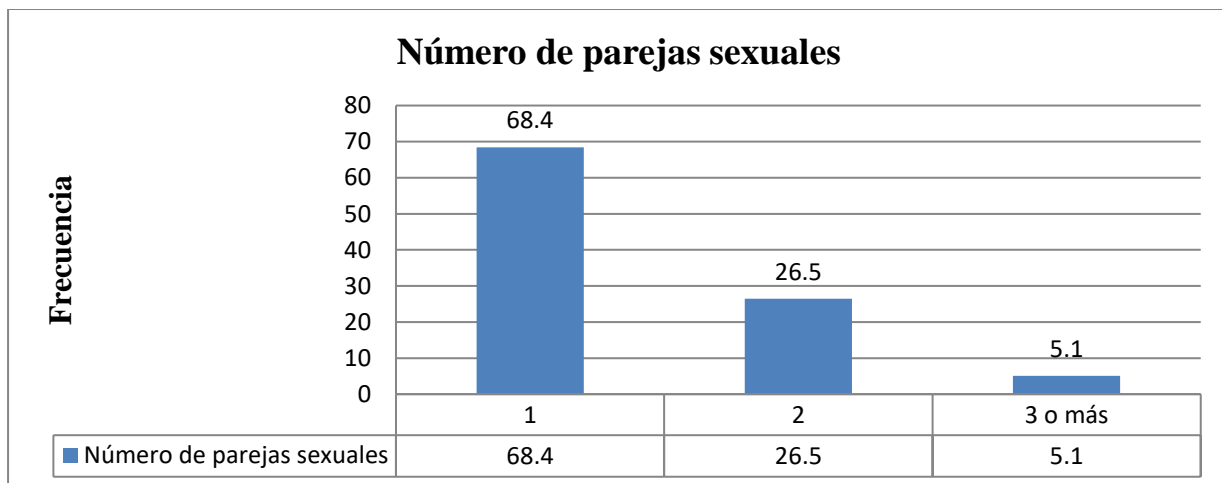
Edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 8

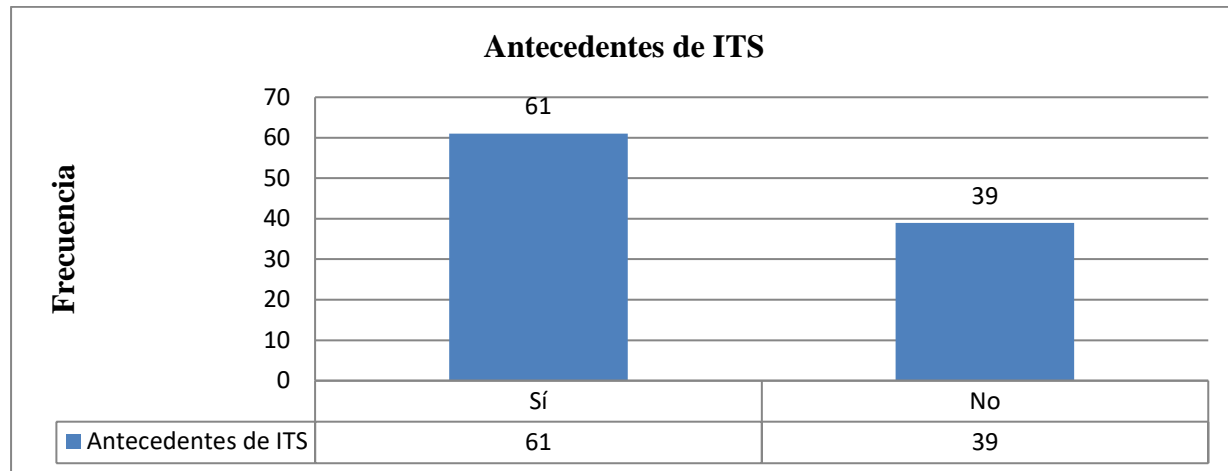
Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 9

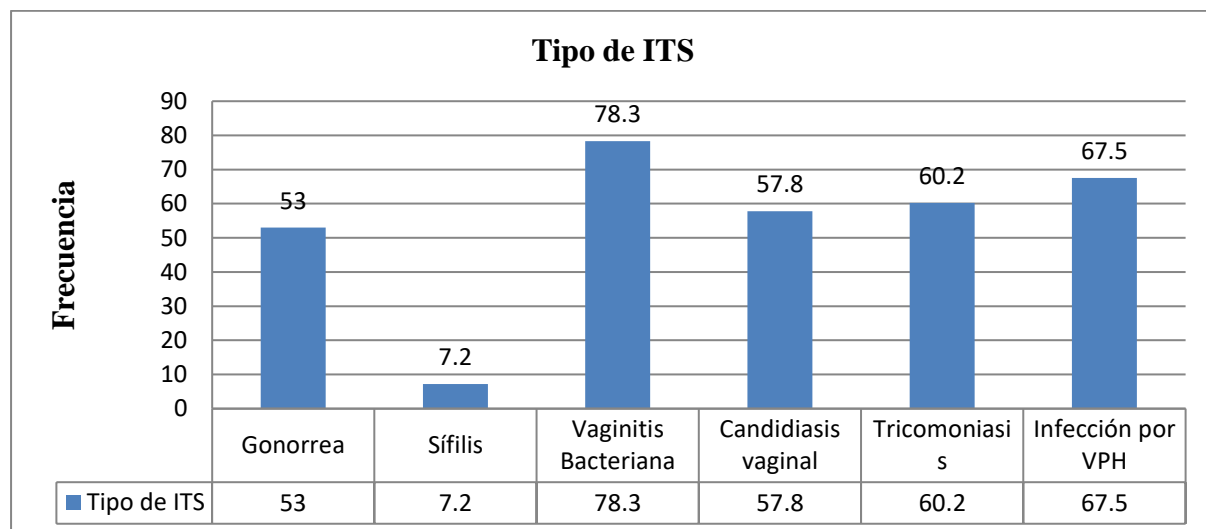
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 10

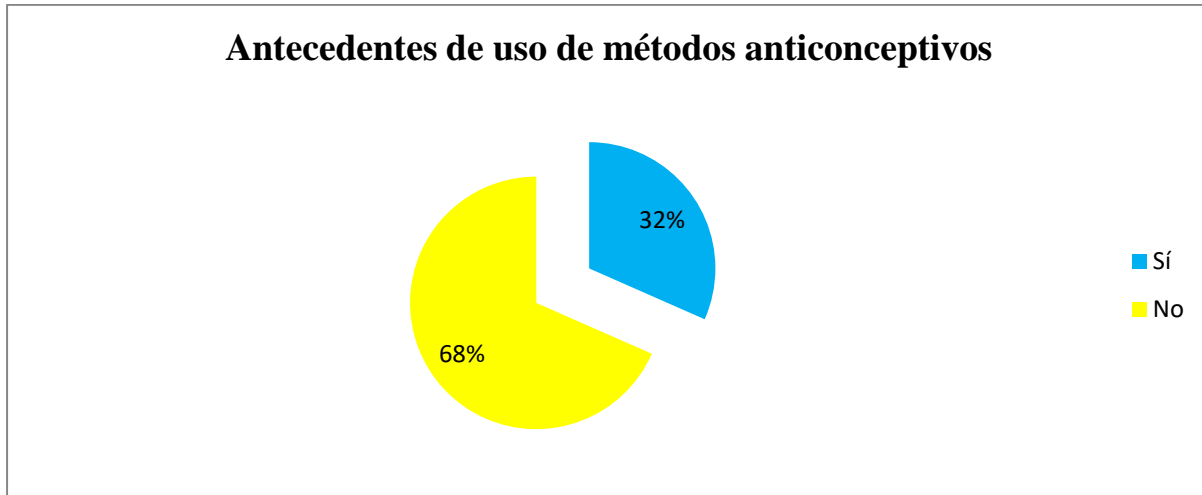
Tipo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 11

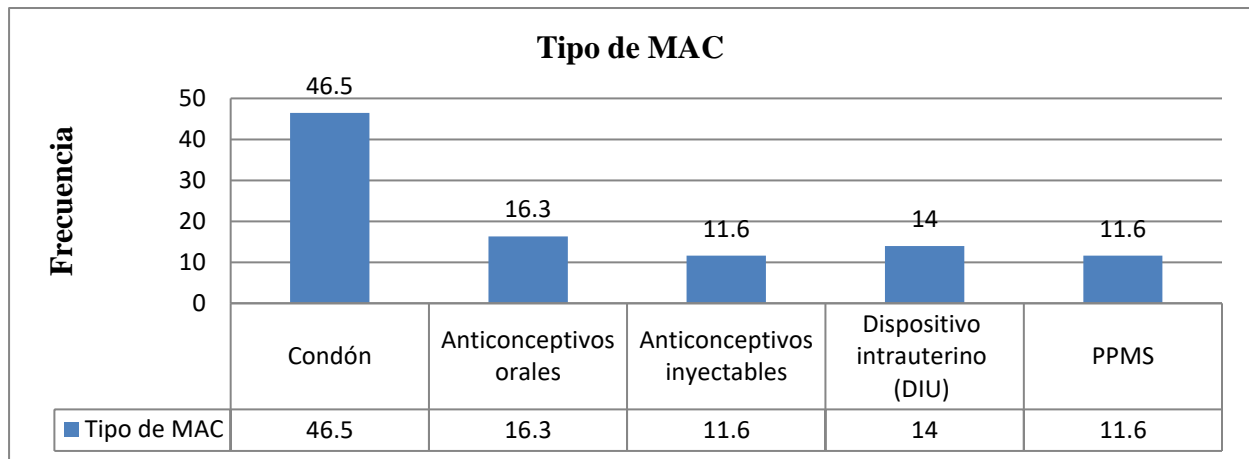
Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos (MAC) en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 12

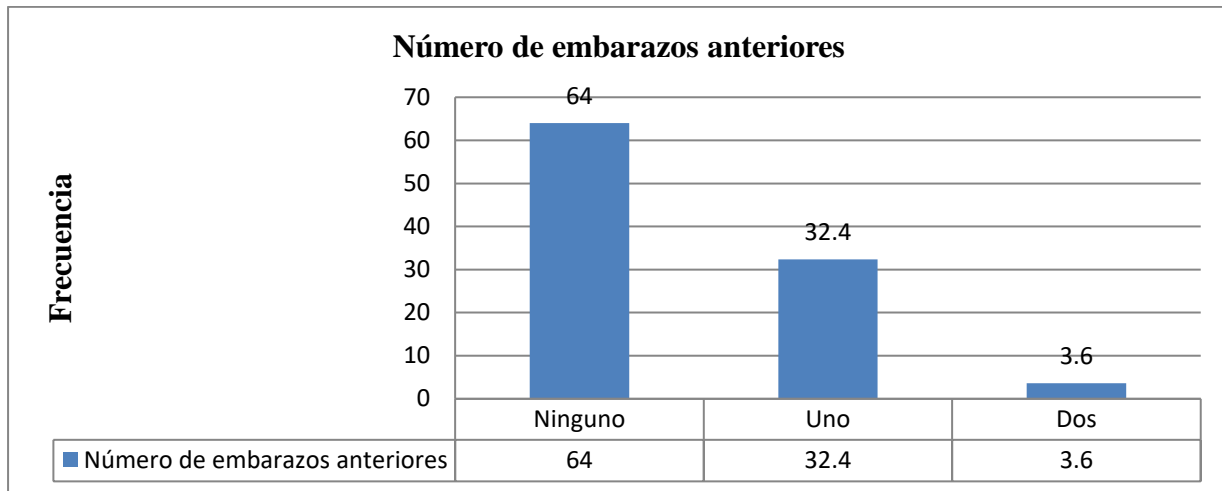
Tipo de MAC utilizado por las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

Figura 13

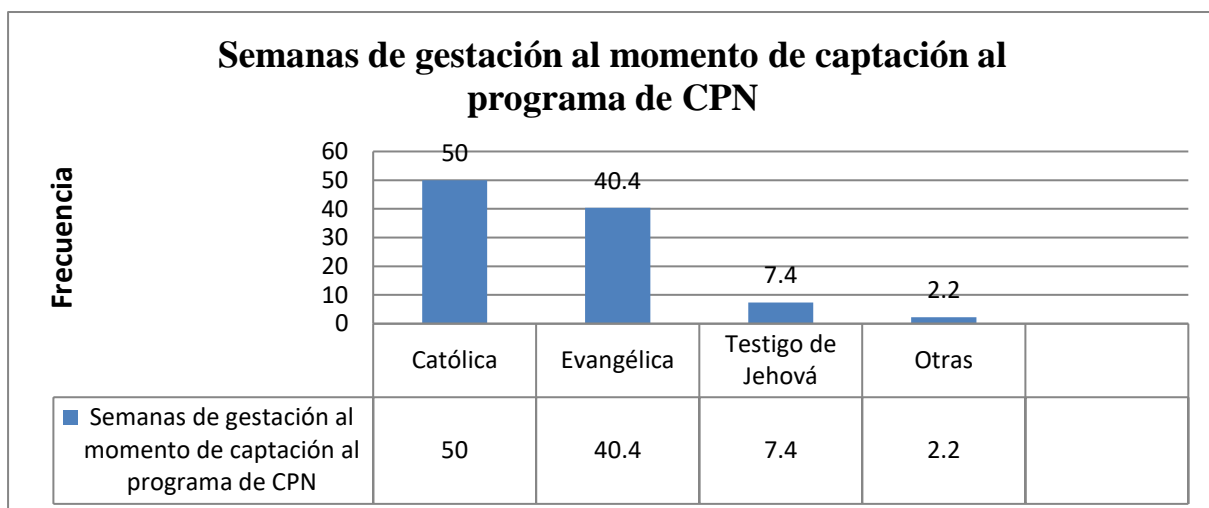
Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 2.

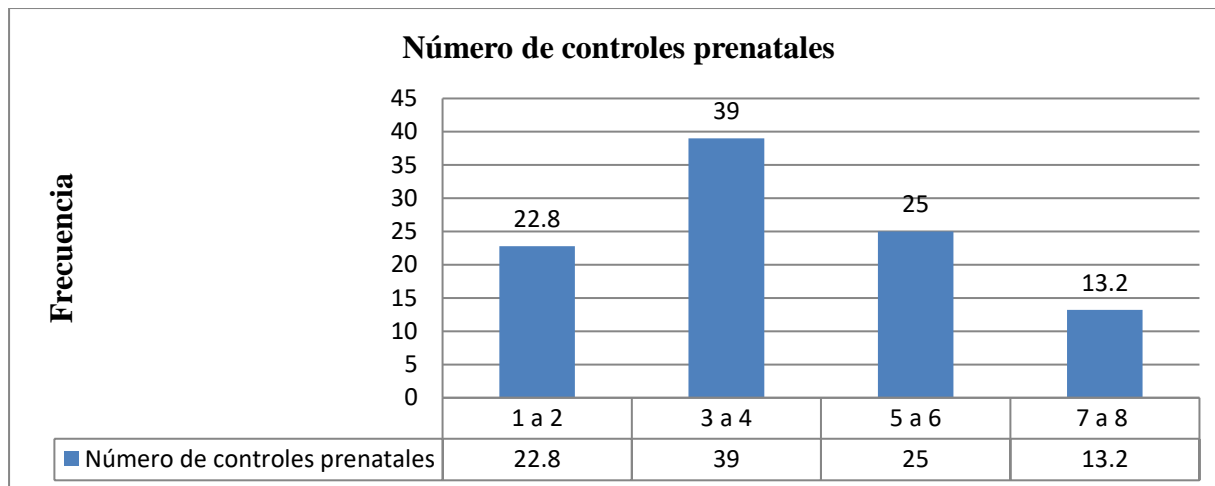
Figura 14

Semanas de gestación de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 3.

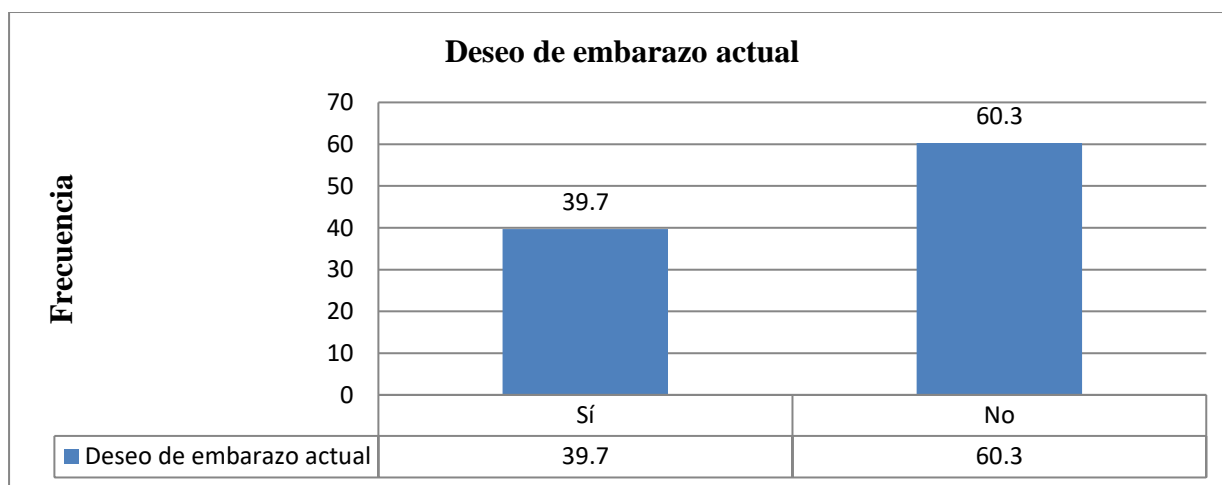
Figura 15: Número de controles prenatales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 16

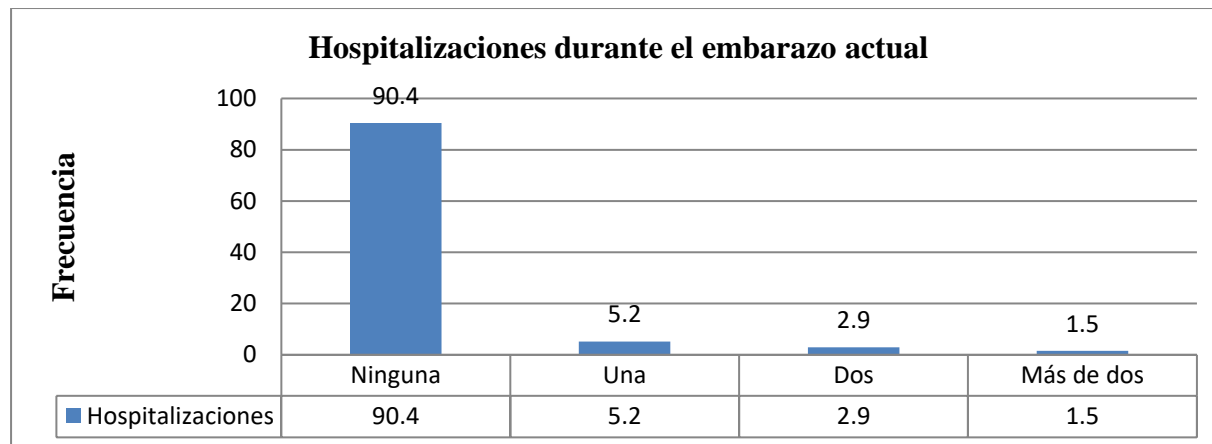
Deseo de estar embarazada según en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 17

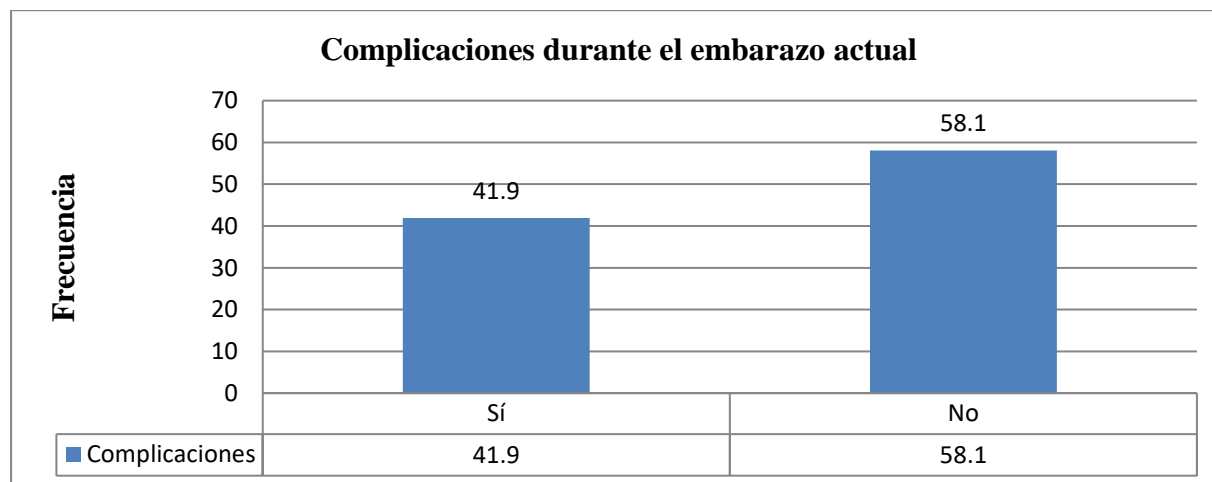
Hospitalizaciones durante el embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 18

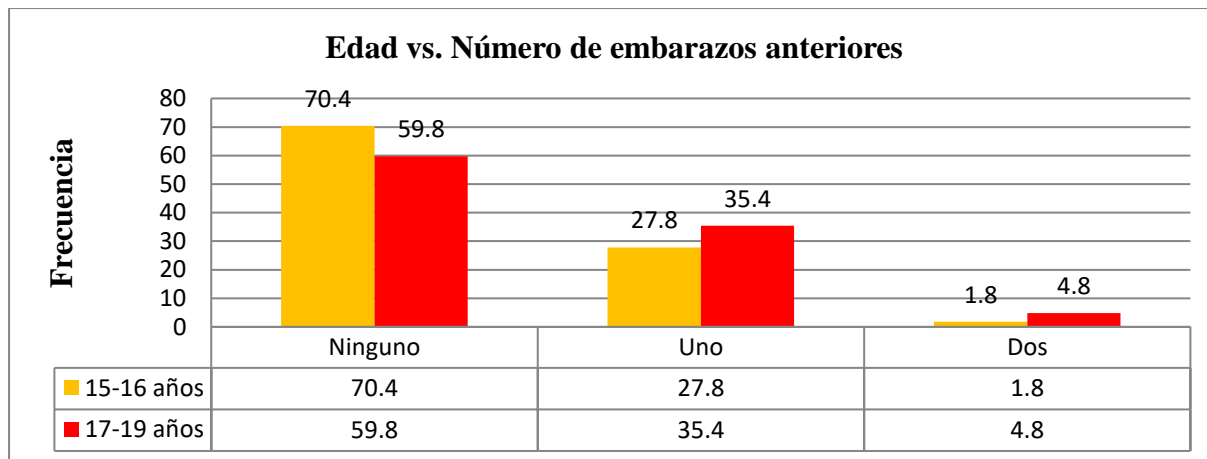
Complicaciones durante el embarazo actual en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 3.

Figura 19

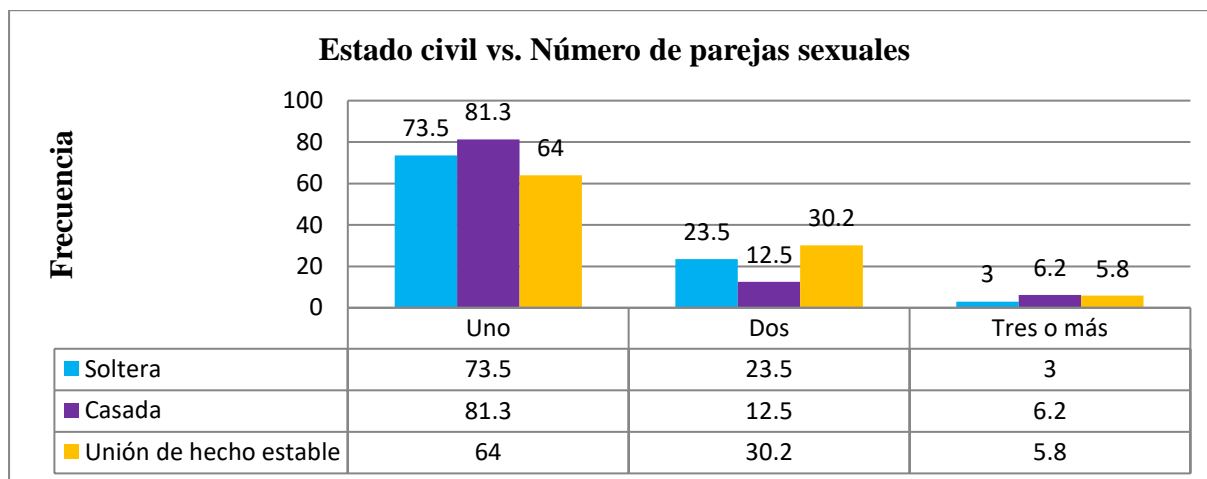
Edad vs. Número de embarazos anteriores en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 4.

Figura 20

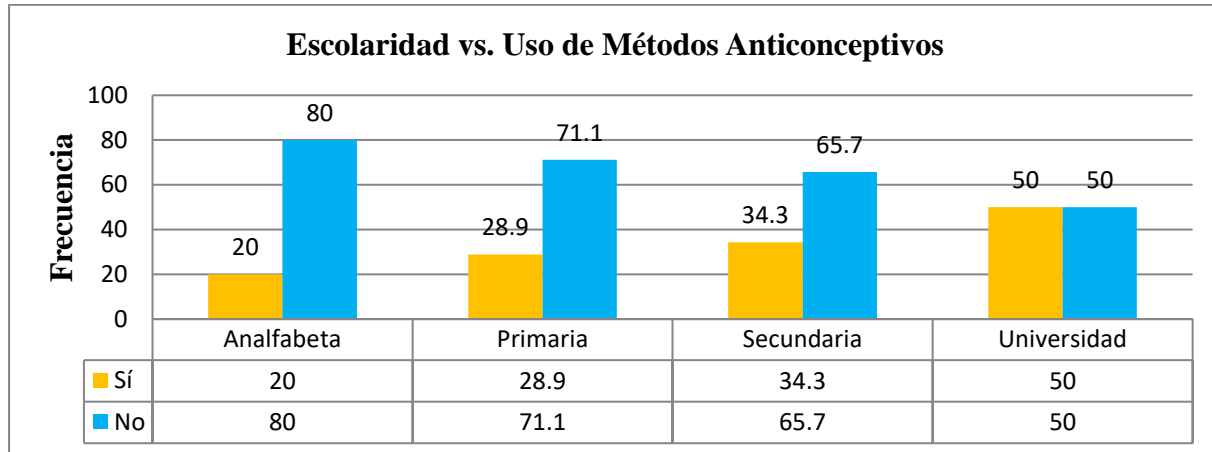
Estado civil vs. Número de parejas sexuales en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 5.

Figura 21

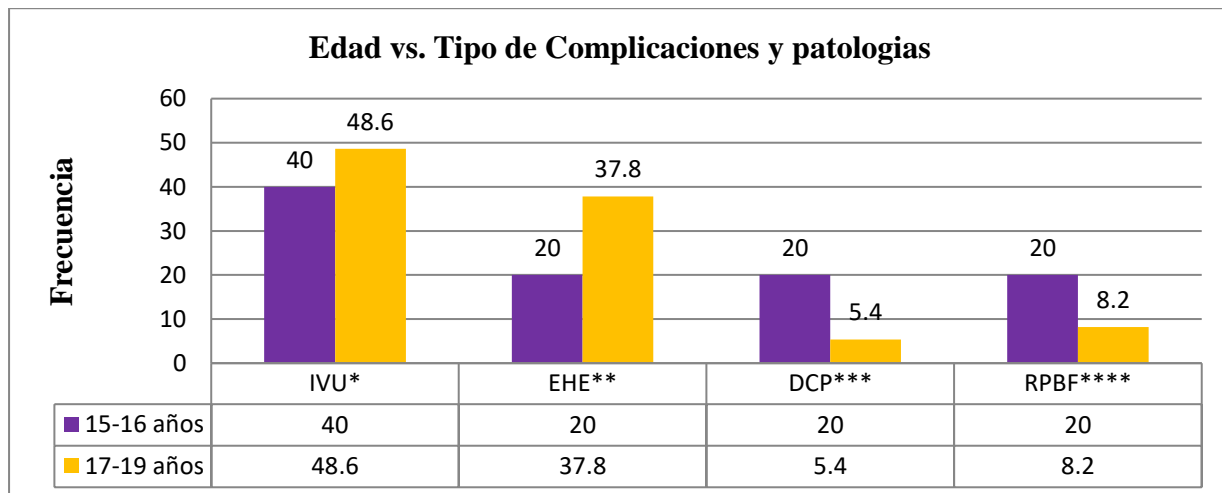
Nivel de escolaridad vs. Antecedentes de Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 6.

Figura 22

Edad vs. Tipo de Complicaciones y patología en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.

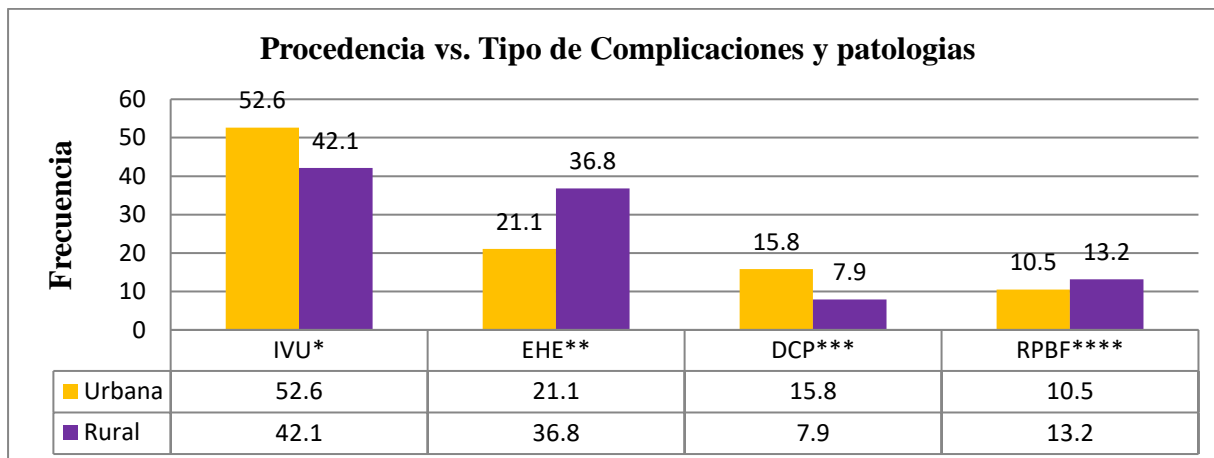


Fuente: Tabla 7.

(*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***). Desproporción Cefalopélvica. (****) Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Figura 23

Procedencia vs. Tipo de complicaciones y patologías en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.

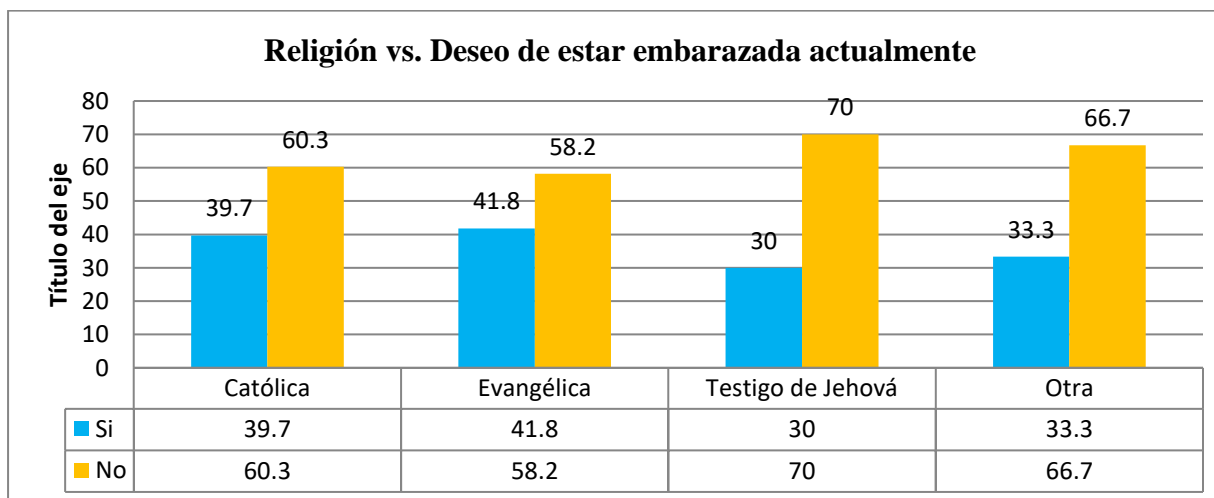


Fuente: Tabla 8.

(*) Infección de Vías Urinarias. (**) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (***) Desproporción Cefalopélvica. (****) Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Figura 24

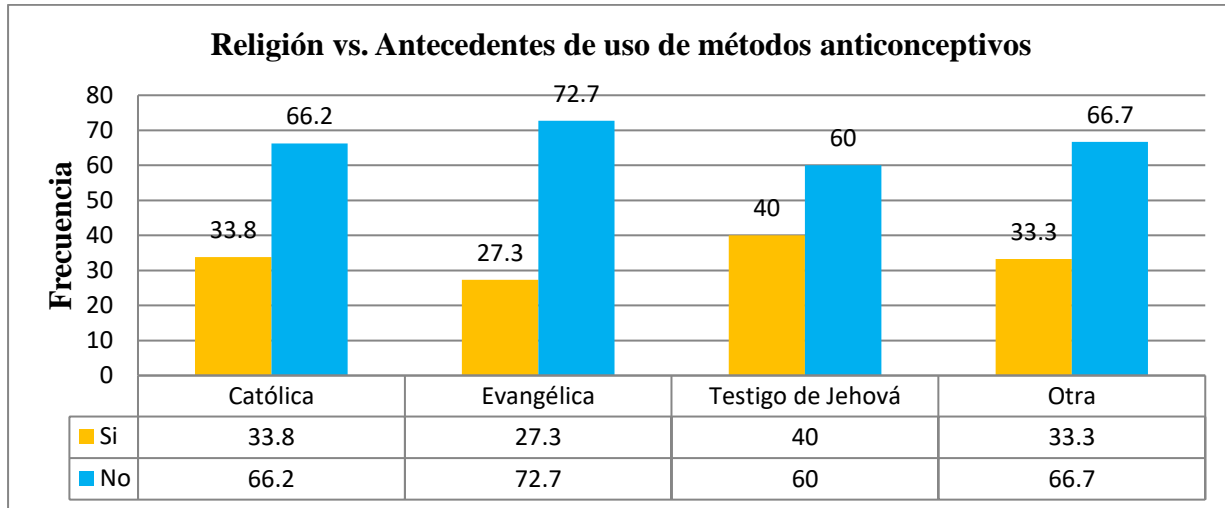
Religión vs. Deseo de estar embarazada en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 9.

Figura 25

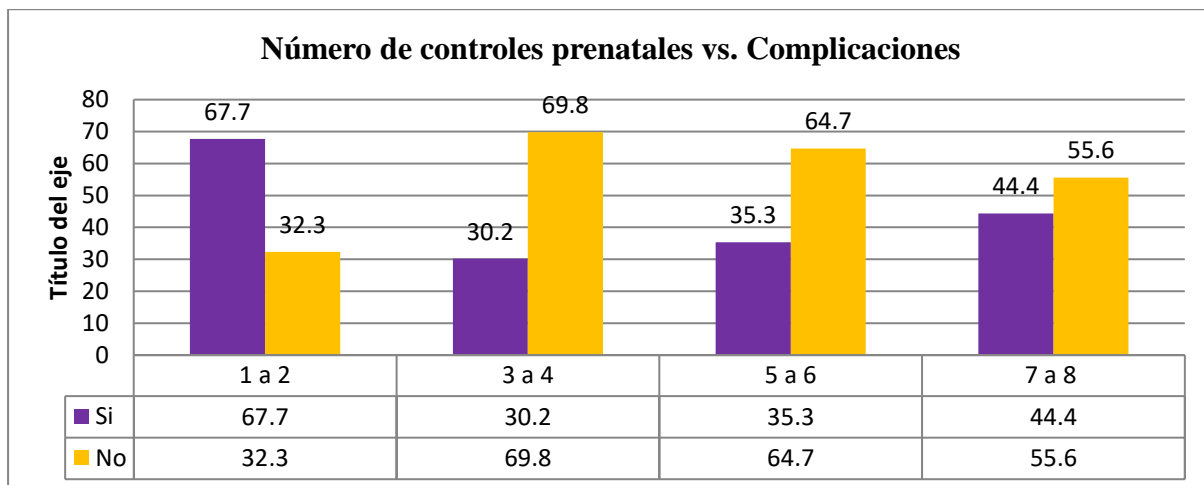
Religión vs. Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 10.

Figura 26

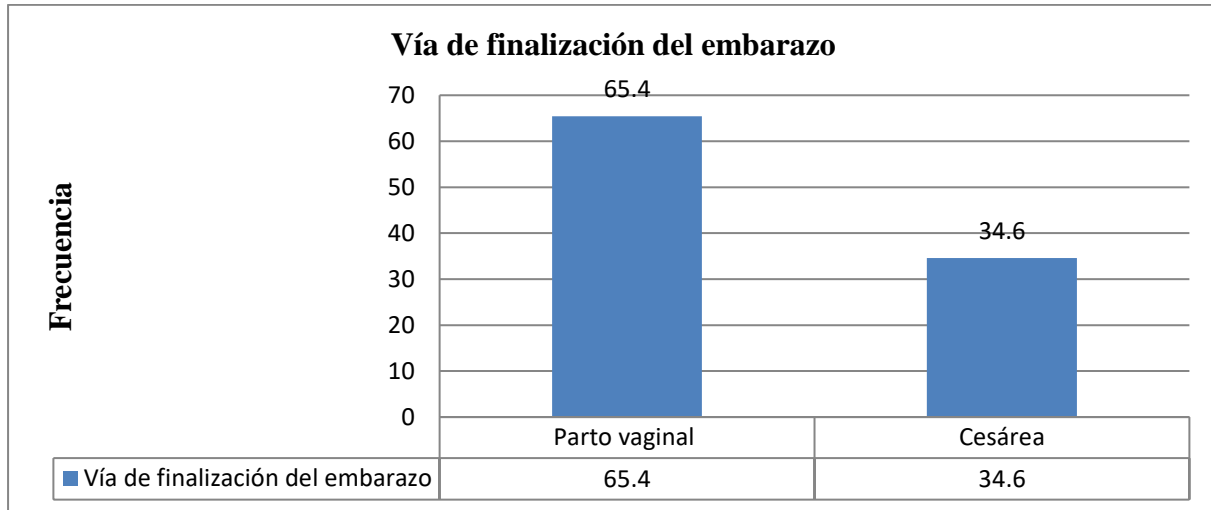
Número de controles prenatales vs. Complicaciones y patologías en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 11.

Figura 27

Vías de finalización del embarazo en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años atendidas en el programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Ramón Guillén del municipio de Boaco. Primer semestre 2020.



Fuente: Tabla 12.